

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie
der Freien Universität Berlin

sowie

aus der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik
Krankenhausbetrieb von Berlin-Reinickendorf
Direktor: Dr. med. Bernd Becker

**PSYCHIATRISCHE PROGNOSEKRITERIEN
IM ÜBERPRÜFUNGSGUTACHTEN
BEI UNTERBRINGUNGEN
IM MASSREGELVOLLZUG**

Inaugural-Dissertation
zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

Wolfgang Möller
aus Warin (Mecklenburg)

Berlin, im Juli 1987





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548828_0017

Druck: Copy-Center in Dahlem

Ladenbergstraße 2-4

1000 Berlin 33

Telefon 324 42 00

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie
der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. Wilfried Rasch

sowie

aus der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik
Krankenhausbetrieb von Berlin-Reinickendorf
Direktor: Dr. med. Bernd Becker

PSYCHIATRISCHE PROGNOSEKRITERIEN

IM ÜBERPRÜFUNGSGUTACHTEN

BEI UNTERBRINGUNGEN IM MASSREGELVOLLZUG

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an den Medizinischen Fachbereichen

der Freien Universität Berlin

Wolfgang Möller

aus Warin (Mecklenburg)

Berlin, im Juli 1987

Referent: Prof. Dr. W. Rasch

Koreferent: Prof. Dr. H. Helmchen

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fach-
bereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am 7. Dezember 1987

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	5
2. Die juristischen Voraussetzungen einer Maßregelvollzugsunterbringung	9
3. Zum Problem der forensisch-psychia- trischen Prognose	26
4. Empirischer Teil	43
4.1. Fragestellung	43
4.2. Methodik	46
4.3. Basisdaten	49
4.3.1. Anamnestiche Daten	49
4.3.2. Daten zur Unterbringung	53
4.3.3. Zu den Delikten	62
5. Ärztliche Überprüfungsgutachten	70
5.1. Allgemeine Bemerkungen zu den Überprüfungsgutachten	70
5.2. Allgemeine Bemerkungen zur Kriterienwahl	72
5.3. Kriterienvergleich: Ärztliche Entlassungsbefürwortung mit abgelehnter Entlassungsbefür- wortung	74
5.4. Korrelation: Delikte und Kri- terien	78
5.5. Vergleich: Diagnosen mit Kriterien	81
5.6. Beurteilungskriterien im Ver- gleich mit der Schuldfähigkeit und den §§ 63 und 64 StGB	84
5.7. Vergleich: Unterbringungslänge mit Kriterienhäufung	90

	<u>Seite</u>
5.8. Der Einfluß einer günstigen Prognosebeurteilung auf die Kriterienwahl	94
5.9. Diagnosekriterien - Verhal- tenskriterien - formalistische Kriterien	96
5.10. Vergleich der negativen mit den positiven Kriterien	103
5.11. Weitere Differenzierung der Gruppeneinteilung von Gut- achtenkriterien	107
5.12. Beschreibung von aggressivem Verhalten	118
6. Beispiele von Patientenkarrieren (Unterbringungsverläufe an Hand der Überprüfungsgutachten)	120
7. Schlußfolgerung und Abschlußdiskussion	129
Literatur	139
Anhang	148

1. EINLEITUNG

Die forensische Psychiatrie ist zweifellos eine interdisziplinäre wissenschaftliche Fachrichtung (Sluga 1977). Sie erstreckt sich auf einen Bereich, in dem sich die beiden Wissenschaften Jurisprudenz und Medizin - hier sogar das medizinische Teilgebiet Psychiatrie - mannigfaltig überschneiden, und dennoch beide Wissenschaften nur in Grenzsituationen berührt. Auf der einen Seite ist der psychisch kranke Straftäter, der einen zentralen Platz in der Arbeit forensischer Psychiatrie einnimmt, genausowenig Regelfall für den Juristen, wie auf der anderen der psychisch Kranke, der "zusätzlich" eine Straftat begeht, der "Regelpatient" für einen Psychiater ist. Es drängt sich daher der Charakter einer Ausnahmesituation im psychiatrischen und auch im juristischen Alltag auf, wenn ein psychisch kranker Rechtsbrecher in das Rampenlicht eines Strafprozesses tritt.

Es ergibt sich aus dieser Situation ein gewisses Nichteinfügenkönnen solcher psychisch kranken Rechtsbrecher in die Normensysteme von Jurisprudenz und medizinischer Wissenschaft. Dadurch, daß beide Wissenschaften Anspruch auf den psychisch kranken Rechtsbrecher anmelden können, kann er auch doppelt stigmatisiert werden, nämlich indem er als Krimineller aus juristischer Sicht beurteilt wird, zusätzlich aber auch von psychiatrischer Seite als psychisch Kranker eine Klassifikation erhält. Diese entstehende "doppelte Stigmatisierung" scheint allgemein schwer faßbar

zu sein. Ihr haften zwei unterschiedliche Bewertungen (durch Jurisprudenz und Psychiatrie) an, die beide bei der Allgemeinheit eine ängstliche Reaktion auslösen. Auf der einen Seite ist in dieser Bewertung die Angst vor der Geisteskrankheit enthalten, von der die Allgemeinheit erheblich geplagt scheint, weil diese Angst Ausdruck einer angeblich bestehenden "Unvorhersagbarkeit von Geisteskrankheiten" (Steadman 1983) ist, aber auch die Angst, daß "in dem bizarren Verhalten von Geisteskrankheiten die Möglichkeit einer sich daraus entwickelnden, ständig aufflammenden Gewalttätigkeit vermutet wird", die sich zusätzlich potenzieren muß, weil aus der Erfahrung heraus, daß der psychisch kranke Rechtsbrecher bereits eine Straftat beging, diese Gewaltausbruchsmöglichkeit noch mehr in Erwägung gezogen werden könnte.

Ein allgemein großes journalistisches Interesse, insbesondere der auflagenhohen Boulevardpresse, am forensisch-psychiatrischen Patienten läßt eine aufklärerische Funktion nicht vermuten, die die Ängste der Allgemeinheit gegenüber forensisch-psychiatrischen Patienten reduzieren könnte. Auch entspricht dieses Interesse nicht einem Interessiertsein an Therapie und Betreuung von psychisch kranken Rechtsbrechern. Diese journalistische Berichterstattung, insbesondere wenn es um spektakuläre Fälle von Gewalttaten psychisch Kranker geht, nimmt den Charakter einer Enthemmung an, wobei "die... Enthemmung auf der systematischen journalistischen Ausbeutung der Katastrophen der anderen..." (Sloterdejk 1983, S. 561) beruht. Somit findet keine Aufklärung statt. Die Allgemeinheit kann

sich dadurch ihrer eigenen Mündigkeit nicht nähern, um sich ihrer aufgeladenen Angst zu entledigen (vgl. Mitscherlich 1983, Bd. VI, S. 583).

Eher das Gegenteil einer Angstminderung findet statt. Dadurch, daß einzelne journalistische Artikel eine uferlose Anzahl von Fakten über Gewalttaten veröffentlichen, um die Illusion einer stattfindenden Aufklärungsarbeit herbeizuführen, wird zwar der Eindruck vermittelt, daß sich damit Wissen und auch Aufklärung über die Tatsachen mehren. Da dadurch aber nicht das Denken und der erweiterte Radius eigener Reflexionsfähigkeit gefördert wird (vgl. Mitscherlich a.a.O.), verfehlt vermeintliche journalistische Aufklärungsarbeit ihr Ziel. "Wenn einst Aufklärung - in jedem Wortsinn - der Angstminderung durch Mehrung von Wissen diene, so ist heute ein Punkt erreicht, wo Aufklärung in das einmündet, was zu verhindern sie angetreten war, Angstmehrung. Das Unheimliche, das abgewendet werden sollte, kommt aus dem Schutzmittel wieder zum Vorschein. Aufklärung entfaltet sich in der Form eines kollektiven Mißtrauenstrainings von epochalen Ausmaßen" (Sloterdejk, S. 602ff., a.a.O.).

Hier setzt die gesellschaftliche Funktion des Psychiaters ein. Imaginär wird er von der Gesellschaft mit übermenschlichen Kräften ausgestattet, die ihm ermöglichen sollen, die speziellen Geheimnisse der Seele zu entdecken und zu heilen. Damit wird der Psychiater mit magischen Fähigkeiten versehen, die er zwar nicht hat, die aber der Gesellschaft die Selbsttäuschung belassen, die sie vor ihrer Furcht schützt (vgl. Steadman 1983).

Der psychisch kranke Rechtsbrecher bleibt damit aber Projektionsscheibe unbewußter gesellschaftlicher Ängste. Denn daß seine Gefährlichkeit nicht so unermesslich ist, wie allgemein angenommen wird, konnte an zwei unfreiwilligen "Experimenten" nachgewiesen werden. Forensische Patienten, die jahrelang wegen angeblicher hochaggressiver Gefährlichkeit in forensischen Anstalten unter Hochsicherheitsbedingungen festgehalten wurden, mußten aufgrund höchst richterlicher Beschlüsse innerhalb kürzester Zeit entlassen werden. Die ausgelöste Angst der Allgemeinheit war unbegründet, wie die beiden langjährigen katamnestischen Untersuchungen beweisen, die für den Baxstromfall von Steadman und Keveles (1972) und von Steadman und Cocozza (1974) sowie für den Fall von Farview von Thornberry und Jacoby (1979) aufgezeichnet wurden.

Doch diese "Naturexperimente" gerieten schnell in Vergessenheit. Sie deckten eine Wahrheit auf, die das psychiatrische Theoriegebäude zu sehr erschütterte und die Erstellung von psychiatrischen Gefährlichkeitsprognosen am eindringlichsten in Frage stellten.

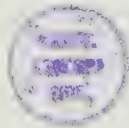
Viel zu schnell schleift sich im psychiatrischen Alltag eine Form von gradlinigem Denken ein, das völlig verleugnet, daß der "rationale Erkenntnisprozeß dynamisch und unabgeschlossen" (Mitscherlich 1983) bleibt. Viel zu oft wird im Alltag, und gerade im psychiatrischen Alltag, der Anspruch auf absolute Gültigkeit erhoben, der nicht nachgeprüft werden darf. Mitscherlich schreibt dazu:

"Entsprechend diesem Anspruch, Wahrheiten zu repräsentieren, die der Kritik überlegen sind, haben solche autoritären Institutionen ihre Genealogie immer wieder auf göttliche Akte zurückgeführt. Einspruch gegen sie wird damit zum Sakrileg. Die Erziehungspraxis sucht durch Festigung von Denkhemmung diesem Konflikt vorzubeugen" (Mitscherlich 1983, Bd. III, S. 60f.).

Vielleicht ist es möglich, wenn auch nur für einen Moment, sich vorurteilsfrei von dieser Angst zu lösen, um die Denkhemmung für kurze Zeit zu erschüttern, damit auch im Bereich forensischer Psychiatrie das auf den Punkt bezogene Denken abgebrochen wird. Zu diesem kleinen Anteil menschlicher Entwicklungsmöglichkeit möchte diese wissenschaftliche Arbeit beitragen.

2. DIE JURISTISCHEN VORAUSSETZUNGEN EINER MASSREGEL- VOLLZUGSUNTERBRINGUNG

Die gesetzlichen Vorschriften der Unterbringung im Maßregelvollzug sind in den §§ 20 und 21 StGB sowie §§ 62 bis 67 StGB des neu gestalteten Maßregelsystems der "Besserung und Sicherung" als Folge der 2. Strafrechtsreform vom 1. Januar 1975 verankert. Die gesetzlichen Vorschriften für die §§ 20 und 21 StGB lauten wie folgt:



§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Um die Bedeutung einer beurteilten Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit im Zusammenhang mit den Maßregeln der Besserung und Sicherung umfassend zu verstehen, bedarf es hierzu einiger kurzer Erläuterungen.

Das deutsche Strafrecht geht von dem Grundsatz aus, daß ein Täter nur dann eine Schuld auf sich lädt, wenn er schuldfähig gehandelt hat. Nur unter den Bedingungen, daß der Täter Schuld auf sich geladen hat, kann eine schuldangemessene Strafe als sozialer Tadel ausgesprochen werden.

Wenn sich bei pflichtgemäßer Prüfung Zweifel an der Schuldfähigkeit ergeben, dann ist der Täter freizusprechen (BGHSt 3, 173; BGHSt3, 124).

Voraussetzung einer richterlich relevanten Einschränkung der Schuldfähigkeit sind die in den §§ 20, 21 StGB aufgeführten Begriffe:

- Krankhafte seelische Störung
- tiefgreifende Bewußtseinsstörung
- Schwachsinn
- Schwere andere seelische Abartigkeit

Bei diesen vier aufgeführten Begriffen handelt es sich um Rechtsbegriffe, d.h., nicht um Begriffe, die innerhalb einer psychologischen oder psychiatrischen Krankheitslehre sinnvoll verortet werden könnten. Mit diesen Begriffen werden die psychischen Merkmale der Schuldfähigkeitsbeeinträchtigung benannt (Rasch 1983).

Die Bezeichnung dieser vier Begriffe als sogenannte biologische Merkmale (Lenckner, 1972) läßt den Eindruck aufkommen, als orientiere sich die Rechtsprechung ausschließlich an einer Krankheitsdefinition, die "nur bei Vorliegen eines körperlichen Prozesses" (Schneider 1961) gegeben sein sollte.

Dieser Ausrichtung widerspricht jedoch die BGH-Entscheidung von 1960, für die eine Schuldfähigkeitsbeeinträchtigung bei "allen Störungen der Verstandestätigkeit sowie des Willens-, Gefühls- oder Trieblebens in Betracht kommt" (BGHSt 14, 30).

Die Beurteilung der Schuldfähigkeit verlangt jedoch ein Doppeltes. Neben der Beurteilung der psychischen Merkmale sind normative Merkmale zu prüfen. Mit der Bewertung dieser normativen Merkmale ist zu klären, "in welchem Maße diese psychisch oder physisch bedingte Andershaftigkeit des Täters die Sinnge-setzlichkeit des Handelns zerstört oder eingeschränkt hat und ob trotz der Andersartigkeit der Täter noch fähig war, das konkrete Unrecht seiner Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln (BGHSt 7, 238).

War der Täter aufgrund seines psychischen Zustandes zur Unrechtseinsicht fähig, so kann seine Schuldfähigkeit nur noch wegen mangelnder Steuerungsfähigkeit entfallen (BGH, GA 1971, 366).

Dadurch kommt den normativen Merkmalen der Charakter zu, etwas über den Erheblichkeitsgrad der psychischen Merkmale auszusagen, die "über die Grenzen der Anomalität hinausreichende Veränderung des Persönlichkeitsgefüges des Täters" haben müssen, um die Aufhebung der Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt beurteilen zu lassen" (Lenckner 1972).

Auf der anderen Seite fallen in den Bereich der psychischen Merkmale auch psychische Störungen, die im engeren Sinne zwar nicht als Krankheiten zu definieren sind, für die aber auch die Möglichkeit einer Aufhebung der Schuldfähigkeit in Betracht kommt. In diesem Sinne ist die höchstrichterliche Entscheidung zu verstehen, eine Bewußtseinsstörung bei einem in äußerster Erregung handelnden Täter auch dann als gegeben anzunehmen, "wenn er an keiner Krankheit leidet und sein Affektzustand auch nicht von sonstigen Ausfallerscheinungen (wie z.B. Schlaftrunkenheit, Hypnose, Fieber oder ähnlichen Mängeln) begleitet ist (BGHSt 11, 20).

Der Unterschied der Beurteilung einer Schuldunfähigkeit zur Beurteilung einer verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) besteht im Schweregrad der psychischen Merkmale. Hier können diese Merkmale in abgeschwächter Form auftreten. "Von dem 'voll'-schuldfähigen Täter unterscheidet er (der psychisch kranke Täter) sich darin, daß er, um den gleichen Einsichts- und Steuerungserfolg zu erreichen, ungleich mehr Geistes- und Willenskraft aufbringen müsse" als der nicht psychisch kranke Täter (Lenckner 1972).

Bei zusammenfassender Würdigung der rechtlichen Voraussetzungen zu den §§ 20, 21 StGB wäre im psychiatrischen Sinne zunächst eine Anknüpfung an die psychiatrischen Diagnosen ausschlaggebend. Die psychiatrische Diagnose stellt zunächst einmal fest, ob

überhaupt ein psychisches Merkmal im rechtlichen Sinne vorliegen könnte. Das bedeutet aber auch gleichzeitig, daß dem Täter, der an einer psychiatrischen Krankheit leidet, etwas fehlt, was jeder nicht-psychisch kranke Täter oder voll schuldfähige Täter haben muß, das, was unter den Begriff der Willensfreiheit fällt. Diese Willensfreiheit, als "eigene Determinante besonderer Art" zu verstehen, die den "normalen" Menschen die intrapsychische Kontrollinstanz gibt, einem von außen aufgedrängten Impuls - der zu einer kriminellen Tat verführt - zu stoppen, abzuwehren oder besser gesagt, sich aus dieser Impulsgebung befreien zu können (BGHSt 23, 190).

Handelt es sich um einen psychiatrisch kranken Rechtsbrecher, dann würde die Persönlichkeitskomponente, der die innere Willensfreiheit fehlt oder bei der die innere Willensfreiheit erheblich eingeschränkt ist, wesentlich mehr Gewicht bei der strafrechtlichen Würdigung bekommen. Zwar schaltet die Krankheit die Persönlichkeit nicht aus, aber sie modifiziert die Persönlichkeit so, daß dadurch "die Freiheit der Lebensentscheidung" entsprechend beeinflußt würde (vgl. Kaufmann, S. 194f.).

Die Verhältnismäßigkeit der Unterbringung

Nun bedeutet es nicht, daß jeder, der schuldunfähig oder vermindert schuldfähig eine strafbare Tat be-

gangen hat, in einer psychiatrischen Klinik oder einer Entziehungsanstalt unterzubringen wäre.

Zunächst einmal ist der Möglichkeit einer Unterbringung im Maßregelvollzug abwägend zu begegnen. Das heißt, daß eine ganze Anzahl von Gründen und Möglichkeiten der Betreuung miteinander vergleichend vom Gericht geprüft werden müssen, bevor die Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 und § 64 StGB überhaupt in Erwägung gezogen werden kann.

Diesen beiden "Unterbringungsparagrafen" ist zunächst der § 62 StGB vorgeschaltet, der die Verhältnismäßigkeit einer Maßregelvollzugsunterbringung fordert. Der Wortlaut ist wie folgt:

§ 62 Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Eine Maßregel der Besserung und Sicherung darf nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.

Damit handelt es sich um das Verbot, eine Maßregel zu verhängen, wenn die Beurteilung der begangenen Taten, die Bedeutung der zu erwartenden Taten und die vom Täter ausgehende Gefahr unverhältnismäßig gegenüber einer Maßregelanordnung wäre (BGHSt 7, 35). Erst wenn auch diese Hürde der Unverhältnismäßigkeit genommen ist, könnte eine freiheitsentziehende Maßregel angeordnet werden.

§ 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Als Voraussetzung einer Unterbringungsanordnung gemäß § 63 StGB gilt, daß der Täter eine rechtswidrige Tat im Zustand fehlender Schuldfähigkeit oder mindestens verminderter Schuldfähigkeit begangen haben muß (BGHSt 18, 22). Es muß sich bei der Krankheit des Täters um Defekte von längerer Dauer handeln, ein nur temporärer Ausschluß der Schuldfähigkeit genügt nicht (BGHSt 10, 354).

Bei der Verhängung der Unterbringung ist jedoch eine "Verhängungsprognose", und zwar eine negative zu beurteilen (Horn 1984, S. 12). Der Charakter der Maßregel der "Besserung und Sicherung" ist nämlich ein rein vorbeugender, eine "allein an der besonderen Gefährlichkeit des Täters anknüpfende Abwehrmaßnahme" (Lenckner 1972). Auch wenn die Besserung des Täters, also der Resozialisierungsgedanke, primäres Ziel bleibt (Deutscher Bundestag), so muß zugleich der Sicherungszweck erreicht werden, weil der Täter als Voraussetzung der Unterbringung eine Gefahr für die Allgemeinheit (BGHSt 26, 321) sein muß. Damit wird

auch gesagt, daß die Maßregelanordnung nicht länger sein darf, als dieses zum Zweck der Maßregel erforderlich ist. D.h., daß die Vollstreckung der Maßregel ausgesetzt werden muß, sobald verantwortet werden kann zu erproben, daß der Verurteilte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (§ 67d Abs. 2 StGB). Dabei wird verlangt, daß "zwischen Gefährlichkeit des Täters, seinem Zustand und dem begangenen Delikt ein gewisser Zusammenhang besteht" (BGH NJW (1951), 724).

Entscheidend ist, daß die Gefährlichkeitsprognose an eine seelische Störung und an psychiatrische Symptome gekoppelt wird.

Lenckner (1972) schreibt dazu (S. 189): "...daß als Ursache der Gefährlichkeit des Täters gerade die betreffende seelische Störung anzusehen sein muß; zum anderen, daß die begangene Tat zwar nicht selbst gefährlich gewesen zu sein braucht, daß sie aber insofern Symptomwert haben muß, als sie, wenn auch nur in Verbindung mit anderen Umständen, insbesondere mit der Erkrankung des Täters, seinem sonstigen Verhalten usw. die Gefahr weiterer Taten implizieren muß" (BGHSt 5, 140).

§ 64 StGB

Die gesetzlichen Vorschriften für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt lauten folgendermaßen:

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

Entscheidende Voraussetzung einer Maßregelvollzugsunterbringung nach § 64 StGB ist der Hang eines Täters, "immer wieder alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel in Mengen zu genießen, die das Maß des gesundheitlich Verträglichen überschreitet, ohne die Fähigkeit zu haben, sich aus eigener Kraft von diesem Zwang zu befreien" (BGHSt 3, 340). Dabei muß die rechtswidrige Tat entweder im Rausch begangen worden sein oder sie ist auf den Hang des Täters zurückzuführen. Somit wird postuliert, daß "die Tat ihre Wurzel im übermäßigen Genuß von Rauschmitteln oder in der Gewöhnung daran hat und damit Symptomwert für den Hang des Täters ist" (OLG Celle, NJW (1958), 270). Eine Maßregelvollzugsunterbringung unterbleibt somit, wenn die Tat zwar im Rausch begangen wurde, ein Hang zu alkoholischen Getränken aber nicht festzustellen ist. Für die Anordnung der Maßregel braucht verminderte Schuldfähigkeit nicht

vorzuliegen (BGH, NJW (1957), 637).

Zwar hat sich "die Verhängung der Maßregel des § 64 StGB an den Belangen der öffentlichen Sicherheit auszurichten und dient damit in erster Linie dem Schutz der Öffentlichkeit vor gefährlichen Tätern, auch wenn sich dieser Zweck durch Besserung erreichen läßt" (BGHSt 28, 332). Damit wird jedoch ein Doppeltes verlangt, nämlich ein "gefährlicher, aber noch besserungsfähiger Täter". Die Unterbringung im Maßregelvollzug muß somit von zwei Gründen gleichzeitig getragen werden, "dem Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit und der Besserungsfähigkeit des Täters" (Horn 1984, S. 17). Im Unterschied zum § 63 StGB verlangt der § 64 StGB aber nicht, daß der Täter wegen der zu erwartenden Rechtsverletzungen für die Allgemeinheit gefährlich ist (Stree 1982, S. 690). Somit braucht an die Erheblichkeit künftiger Taten ein weniger strenger Maßstab angelegt werden als beim § 63 StGB (OLG Karlsruhe, Die Justiz 1979, 301). Gefahr bedeutet hier einen geringeren Grad an Wahrscheinlichkeit als der Begriff des Erwartens in § 63 Abs. 1 StGB meint (vgl. Horstkotte 1985, S. 239). Eine Unterbringung gemäß § 64 StGB nur zu Therapie-zwecken ist damit aber ebenso unzulässig, wie eine Maßregelvollzugsanordnung, wenn die Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint (BGHSt 28, 332). Denn "mit der Maßregel darf Sicherung der Allgemeinheit nur bezweckt werden, wenn sie auch zur Besserung geeignet ist" (OLG Köln, NJW 31 (1978), 2350). In diesem Sinne wird der therapeutischen Seite

im Maßregelvollzug des § 64 StGB größere Bedeutung beigemessen als im § 63 StGB. Bei der Anordnung des § 64 StGB muß wie beim § 63 StGB das Subsidiaritätsprinzip Berücksichtigung finden. Damit hat eine Maßregelvollzugsanordnung zu unterbleiben, wenn durch eine minderentscheidende Maßregel (Enthaltsamkeitsverein, freiwillige Entziehungskur außerhalb der Anstalt) gleicher Erfolg zu erwarten wäre (Lenckner 1972, S. 197).

Die Unterbringung gemäß § 64 StGB ist durch eine Höchstfrist limitiert, die "zwei Jahre nicht überschreiten darf" (§ 67d StGB Abs. 1). Diese Höchstfrist kann sich jedoch verlängern, wenn eine gleichzeitig mit der Maßregel verhängte Strafe angeordnet wurde und die Unterbringung als Maßregel vor der Strafe vollstreckt wird (§ 67 Abs. 1 StGB). Dadurch könnte sich die Dauer der Maßregelvollzugsunterbringung über die Höchstdauer der Unterbringung gemäß § 64 StGB von zwei Jahren verlängern, wenn der zunächst durchgeführte Maßregelvollzug erfolglos bliebe, "dann nämlich verlängert sich die gesetzliche Höchstdauer des Maßregelvollzuges von zwei Jahren (§ 64 Abs. 1 StGB) um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit der Maßregelvollzug auf sie angerechnet wird (§ 67d Abs. 2 StGB)" (OLG Köln, NJW 31 (1978), 2350-51).

Die Überprüfung der Maßregelunterbringung erfolgt in halbjährigen Abständen (§ 67e StGB). Damit sind die periodisch geforderten Überprüfungsfristen im Gegen-

satz zum § 63 StGB nur halb so lang.

§§ 67d und 67e StGB

§ 67d Dauer der Unterbringung

(1) Es dürfen nicht übersteigen

die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zwei Jahre
und die

erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung zehn Jahre.

Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzuges der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

(3) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt.

(4) Wird der Untergebrachte wegen Ablauf der Höchstfrist für die erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung entlassen, so tritt Führungsaufsicht ein.

§ 67e Überprüfung

(1) Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen ist. Es muß

dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

- (2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung
in einer Entziehungsanstalt sechs Monate,
in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr,
in der Sicherungsverwahrung zwei Jahre.

(3) Das Gericht kann die Fristen kürzen. Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist.

(4) Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Lehnt das Gericht die Aussetzung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.

Dem Gesetzestext läßt sich entnehmen, daß die Maßregelvollzugsdauer für den § 63 StGB nicht von vornherein durch eine Höchstfrist limitiert ist. Im Gegensatz zum § 64 StGB, dem eine zeitliche Schranke eingebaut ist und dadurch die Höchstfrist der Unterbringung auf zwei Jahre beschränkt (spezielle Problematik zur Verlängerung der Höchstfrist ist im Kapitel über den § 64 StGB abgehandelt), gibt es im § 63 StGB eine solche Unterbringungsbegrenzung nicht. Der Endpunkt einer Unterbringung nach § 63 StGB läßt sich nicht durch ein konkretes Zeitmaß bestimmen.

Diese Unbestimmtheit der Unterbringungslänge entspricht dem besonderen Charakter des § 63 StGB. Auf der einen Seite ist aus dem Maßregelvollzugssystem jeglicher Strafcharakter herausgenommen. Damit kann sich das Maßregelvollzugssystem auch nicht mehr als eine strafende Reaktion auf eine mögliche Schuld ver-

stehen, weil eben diese Schuld dem Untergebrachten abgesprochen wurde. Denn nur eine strafende Reaktion auf Schuld läßt sich in einem Zeitmaß genau ausdrücken, eben als begrenzte und damit schuldangemessene Sühnezeit (vgl. Marquardt 1972).

Das Maßregelvollzugssystem verkörpert eindeutig vorbeugende Funktionen: Es ist eine "allein an der besonderen Gefährlichkeit des Täters anknüpfende Abwehrmaßnahme" (Lenckner 1972, S. 185). Dieser prophylaktische Aspekt beinhaltet auf der anderen Seite aber auch, daß die Maßregel nur solange angewendet werden darf, wie sie ihren spezifischen Sinn erfüllt. Es läßt sich erkennen, daß dem vorbeugenden Charakter gleichzeitig ein therapeutischer beigeordnet ist. Gemeint ist damit, daß die vorbeugende Verhinderung weiterer Straftaten nur dann als eine solche aufrechtzuerhalten ist, wenn gleichzeitig die Verpflichtung eingegangen wird, dem Untergebrachten eine Behandlung zukommen zu lassen. Volckart schreibt dazu: "In erster Linie ist der Untergebrachte Patient und der zugefügte Freiheitsentzug korrespondiert damit, ihm zu geben, was Psychiatrie und andere Facheinrichtungen leisten können, um Veränderungen durch gezielte Behandlung der psychosozialen Verhaltensgrundlagen zu erzielen" (Volckart 1984, S. 2f.).

Der Endpunkt der Maßregelunterbringung ist dann erreicht, "wenn der Zweck der Maßregel erfüllt ist." So jedenfalls definierte die ältere Fassung des Maßregelvollzugsgesetzes (§ 42f StGB, Fassung vor dem

1.1.1972) das Ende der Unterbringung. War der Zweck erfüllt, der primär an die Besserung des Täters gekoppelt war, so war auch gleichzeitig der Sicherungszweck nicht mehr nötig (Lenckner 1972, S. 186f.). "Mit dem Erlöschen der Gefährlichkeit ist damit auch die Besserung beendet" (Schmidt 1957).

In der neuen Fassung des § 63 StGB ist das Maßregelvollzugsende ausführlicher präzisiert. Die Unterbringung endet nämlich dann, "sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird" (§ 67d Abs. 2 StGB).

In diese Formulierung über das Ende der Maßregelvollzugsunterbringung fließt ein, daß ein gewisses Wagnis am Ende der Unterbringung eingegangen wird, nämlich wenn der Zeitpunkt einer kritischen Probe gekommen ist (Stree 1982, S. 675f.). Diese kritische Probe kann solange nicht gewagt werden, wie der Untergebrachte weiterhin infolge seines Zustandes und zusätzlich im Sinne der §§ 63, 20, 21 StGB gefährlich ist (BGH, NSt (1983), 429).

Auf der einen Seite wird für die Entlassung des Untergebrachten ein "gewisses Risiko" in Kauf genommen, denn die Erprobung entspricht dem Charakter eines Experiments, "das nicht nur vom Zustand des Verurteilten abhängig ist, sondern auch von seinen Lebensumständen und seinen künftigen Entwicklungen" (Horstkotte 1985, S. 197). Um die Entlassungserpro-

bung aus dem Maßregelvollzug daher verantworten zu können, müßte der Gewißheitsgrad einer Entlassungsprognose weiter präzisiert werden. Dieser Gewißheitsgrad hat sich "an dem Ausbleiben neuer Taten (nach der Schwere mit dem Abgeurteilten vergleichbar)" zu orientieren und "mit Gründen belegbare Wahrscheinlichkeit (also nicht bloß eine unbestimmte Hoffnung)" zu verknüpfen (Horstkotte 1985, S. 239). Gemeint ist damit, daß bei Tätern mit schwerwiegenden Unterbringungsdelikten ein geringeres Risiko eingegangen werden kann, als bei Untergebrachten mit Vermögensdelikten (Horstkotte 1985, S. 239).

Für die Erprobung der Unterbringungsaussetzung wird damit eine Verantwortbarkeit gefordert, aber auch ein kalkulierbares Risiko. Bei der Aussetzung sollte keinem planlosen Herumexperimentieren gefolgt werden, da ihm kein Bemühen vorangegangen ist, möglichst alle den Ausgang des Experiments bestimmenden Einflußgrößen zu erfassen (Rasch 1985). Mit längerer Dauer der Unterbringung, und dies gilt auch bei Probanden, die wegen rechtswidriger Taten, die gegen Leib und Leben gerichtet sind, im Maßregelvollzug sind, ist der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zunehmend kritisch zu betrachten (Horstkotte 1985, S. 239). Damit sollen bei großer Dauer der Unterbringung strengere Anforderungen an die Verhältnismäßigkeitsprüfung gestellt werden.

Für die Überprüfung der Unterbringung sind bestimmte Fristen festgelegt, die für den § 63 StGB zwölf Monate und für den § 64 StGB sechs Monate betragen. Diese Fristen sind flexibel. So kann eine erneute Überprüfung erfolgen, "sobald" der Entlassungszeitpunkt herangekommen ist. Eine Verzögerung der Entlassung oder eine nicht für den Zweck notwendig erscheinende, verlängerte Unterbringung soll damit verhindert werden (Horstkotte 1985, S. 263).

3. ZUM PROBLEM DER FORENSISCH-PSYCHIATRISCHEN PROGNOSE

Prognose bedeutet, über etwas aussagen zu können, das in der Zukunft sich ereignen wird. Prognose ist Vorherwissen. Zukünftige Ereignisse können nicht mit Bestimmtheit vorhergesehen werden. Aus erkenntnistheoretischer Sicht kann über sie nur etwas ausgesagt werden, wenn aus einer Wahrscheinlichkeitsposition heraus geurteilt wird.

Die vom Juristen an den forensischen Psychiater gestellte Anforderung, das zukünftige Verhalten eines Probanden zu beurteilen, soll daher auch "nur" mit einer "gewissen Wahrscheinlichkeit" besetzt sein; eine Bestimmtheit ist nicht gefragt. Die Wahrscheinlichkeitsaussage reduziert sich auf die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses, nämlich der zu erwartenden Tat. Damit ist die Frage einer Ereigniswahrscheinlichkeit gestellt, deren Beantwortung aus theoretischer Sicht die Wahrscheinlichkeitsberechnung realisiert.

Popper schreibt dazu: "Ich charakterisiere die Wahrscheinlichkeitsaussagen als abgeleitete Hypothesen (bzw. Prognosen) über Ereignisreihen. (Sie stellen keine Gesetze oder Prognosen für die Eigenschaften einzelner Ereignisse auf, sondern Gesetze oder Prognosen über die Eigenschaften von Reihen von Ereignissen.) Darin besteht ihre Eigenart" (Popper 1979, S. 140).

Die Wahrscheinlichkeitsaussage wäre damit keine Prognose über ein spezielles Ereignis, sondern eine Prognose über das Durchschnittsergebnis einer Reihe von Ereignissen. "Dementsprechend wären allgemeine Wahrscheinlichkeitsaussagen Aussagen über (ein wenig unpräzise) Gesetzmäßigkeiten von Ereignisreihen" (Popper a.a.O.).

Aus erkenntnistheoretischen Überlegungen ließe sich daher schlußfolgern, daß sich über den Präzisionsgrad von Wahrscheinlichkeitsaussagen konkreter Ereignisse keine genauen Angaben machen lassen.

Obwohl sich durch diese Überlegungen postulieren ließe, daß sich ein forensischer Psychiater mit seiner Prognoseüberlegung zumindest auf ein heftig umkämpftes Wissenschaftsterrain begibt, wird er entsprechend seiner Qualifikation Überlegungen in die Prognosebeurteilung einbringen, die aus der "medizinischen Spezialdisziplin" erwachsen sind und folglich "krankheitsorientiert" sein müßten (Chodorkoff 1969). Der forensische Psychiater durchläuft nämlich

neben seiner psychiatrischen Ausbildung kein zusätzliches Studium, das ihn mit der Beurteilung von möglichem zukünftigem Gefährlichkeitsverhalten von Patienten konfrontiert. Dadurch ist jeder einzelne psychiatrische Experte gezwungen, eine ganz persönliche und subjektive Definition zu entwickeln, die "gefährliches Verhalten" zu erklären versucht (Monahan 1981, S. 57). Seine Prognosekenntnis orientiert sich dabei primär an den erhobenen klinischen Befunden. Für den klinisch-psychiatrischen Alltag bedeutet das, sich nach erhobener Anamnese und dem beschriebenen psychopathologischen Befund zu richten, um nach Analyse dieser Erhebungen eine klinische Prognose abgeben zu können. Wie stark diese klinischen Untersuchungsmethoden unreflektiert in der forensischen Begutachtungspraxis eingehen, wurde mehrfach wissenschaftlich untersucht.

Menzies et al. (1981) hatten die Richtlinien psychiatrischer Prognosefindung vergleichend untersucht und stellten nach Befragung von Psychiatern fest, daß ihre Prognoseentscheidung hauptsächlich von der "kriminellen Karriere" und der "aktuellen Tat" getragen wurde. Auffälligkeiten in der Kindheit der Probanden oder anamnestischen Angaben über die familiäre Situation wurde zwar starke Bedeutung beigemessen, sie traten aber gegenüber den legalanamnestischen Daten in den Hintergrund. In die Beurteilungspraxis flossen in einem erheblichen Maße anamnestische Daten über frühere psychiatrische Behandlungen ein (Menzies 1982). Zu ähnlichen Ergebnissen

gelangte Montandon (1984) in ihren Überprüfungen zur klinischen Prognose. Ihre Untersuchung dokumentiert, daß dem psychiatrischen Status und der vergangenen Kriminalitätsrate starke Gewichtung bei der Prognoseerstellung eingeräumt wurde. Eine Einheitlichkeit psychiatrischer Beurteilungspraxis gibt es jedoch nicht. Denn obwohl die psychiatrische Befunderhebung durchaus einheitlichen Richtlinien folgt, so scheint den subjektiven Faktoren bei der Beurteilung der klinischen Befunde weitergehender Einfluß zuzukommen. Denn aus der psychiatrischen Ausbildung lassen sich keine einheitlichen Gefährlichkeitsbeurteilungen isolieren. Harding (1983) konnte in seiner Erhebung zwar aufzeigen, daß von den Psychiatern gefährlichkeitsbeschreibende Kriterien immer als krankhafte definiert wurden, daß aber die psychiatrische Beurteilung erheblich differierte, wenn es um den Einfluß dieser Kriterien auf die Prognose ging. Noch deutlicher diskutierte Montandon (1984) dieses Problem klinischer Prognose. Zwar waren sich forensische Psychiater über den Umgang und die therapeutischen Vorhaben mit forensischen Patienten einig, in ihrer Prognosebeurteilung waren jedoch stark voneinander differierende Schlußfolgerungen enthalten. Die mit der forensisch-psychiatrischen Profession nicht verwandten Berufsgruppenvertreter zeigten sich in der Gefährlichkeitsbeurteilung von Patienten konformer als Psychiater, waren über die Behandlungsmethoden und den Umgang mit diesen Patienten dagegen stärker kontrovers.

Eine solche Problematisierung ließ die forensischen Psychiater bisher vielfach in ihrer Prognoseerstellung unerschüttert. Leferenz ist sicherlich ein entscheidender Vertreter dieser forensisch-psychiatrischen Schule. Er, der die Prognoseerstellung als "zuverlässigen Blick in die künftigen Entscheidungen und Handlungen eines Menschen" versteht, stellt die psychiatrische Erfassung der Persönlichkeit und damit das Aufsuchen einer Persönlichkeitsstruktur in den Vordergrund. Eine ungünstige Persönlichkeitsstruktur ist für ihn gleichbedeutend mit einer schlechten Prognose (Leferenz 1972, S. 1374).

Die Erstellung einer Kriminalitätsprognose, die rein auf "intuitiven" Fähigkeiten des Psychiaters aufbaut, wobei stärker gefühlsbetonte und unbewußte Faktoren eine Rolle spielen, wird sicherlich selten als ausschließliche Methode angewandt. Dennoch sollte berücksichtigt werden, daß bereits im diagnostischen Prozeß Intuition bei zahlreichen Psychiatern als Erkenntnismethode gebräuchlich ist, wobei dieser Erkenntnisprozeß schwer verbalisierbar ist (Sadoff 1975, S. 8f.). Über diesen Umweg spielt die sogenannte "intuitive Prognose" möglicherweise eine größere Rolle für die psychiatrische Prognose, als ihr allgemein wegen der ihr anhaftenden Ungenauigkeit zugebilligt wird (vgl. Exner 1939, S. 345).

Als dritter Form der Prognoseerstellung wird der rein statistischen Prognose erhebliche Bedeutung eingeräumt. Mit der statistischen Methode ist das Auffinden personenspezifischer Faktoren

gemeint, die mit einer bestimmten Häufigkeit, die prozentual ausgedrückt werden kann, zukünftiges delinquentes Verhalten erwarten lassen. Eine entsprechende Forschung auf diesem Gebiet wurde in Deutschland von Exner (a.a.O., S. 345f.) eingeführt.

Entscheidende und mit viel positiver Resonanz bedachte Vertreter in den USA, die die statistische Prognose stärker verfeinerten, waren Glueck und Glueck (1950 und 1967), die aufgrund von Langzeituntersuchungen an Kindern eine strenge und ausdifferenzierte Korrelation zwischen kindlichen Faktoren und erwachsener Delinquenz herzustellen versuchten. Hartmann (1970) knüpfte in seiner Erhebung von Labilitätsprofilen, die er durch die Untersuchung von 1059 verwahrlosten männlichen Minderjährigen gewann, an die Untersuchungsergebnisse des Ehepaares Glueck an. Er macht aber darauf aufmerksam, daß Prognosetabellen nicht als Informationstabellen, sondern als Prädiktionstabellen zu werten sind (vergl. S. 73 a.a.O.). Seine gewonnenen Ergebnisse verwertet er daher nur zu einem "Versuch einer Pathographie der Verwahrlosung" (S. 119, a.a.O.).

Die medizinische Sichtweise, die sich in allen drei Prognosetypen wiederfindet, nämlich der Versuch, einen speziellen Faktor in der somatischen oder psychischen Struktur des Menschen zu lokalisieren, an dem ein etwaiges kriminelles Verhalten festzumachen wäre, ist nie aufgegeben worden. Exner (a.a.O.), der Gefährlichkeit mit kriminalbiologischen Faktoren

darzustellen versuchte, indem er im "delinquenten Verhalten" eine bestimmte Abnormität in den erbbiologischen Anlagen sah, zeigt am deutlichsten auf, wie die medikozentristische Forschung delinquentes Verhalten zu definieren versucht.

Eine Prognosebeurteilung, die aus der medizinischen Position heraus argumentiert, ist schnell der Versuchung erlegen, generell psychiatrische Krankheit mit Gefährlichkeit gleichzusetzen. Obwohl diese "unkomplizierte" Sichtweise häufig praktiziert wird, ist sie doch in einem erheblichen Maße als problematisch zu beurteilen (Harding 1983).

Die diagnoseorientierte Forschung konnte jedoch bisher keinen Faktor "Gefährlichkeit", kein körperliches oder psychisches Korrelat nachweisen. Eine Diagnose "Gefährlichkeit" gibt es daher in der gesamten psychiatrischen Nomenklatur nicht (Kozol 1972). Es läßt sich aber erkennen, wie eng psychiatrische Diagnose und Prognose in der klinischen Praxis miteinander verknüpft werden. Die Behauptung, daß ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Schwere eines psychiatrischen Krankheitsbildes und negativer Prognose besteht (Schmidt 1957), wird wohl mit einem solchen Absolutheitsanspruch in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur nicht mehr aufgestellt. In einem solchen Kontext wäre allerdings Leferenz (1972, S. 1375) zu verstehen, wenn er schreibt: "Die endogenen und exogenen Psychosen bieten keine grundsätzlichen Schwierigkeiten (auf Prognose bezogen). Die Kriminalprognose deckt sich hier weitgehend mit der

allgemeinen psychiatrischen Prognose, die von der Art der Erkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten abhängt."

Daß diese Einschätzung gleichzeitig beinhaltet, jeder Psychotiker wäre von vornherein mit einem erheblich größeren Gewaltpotential behaftet als ein Nichtpsychotiker, muß aufgrund zahlreicher empirischer Untersuchungen in Frage gestellt werden (vgl. Green, 1980). Häfner/Bökers (1973) breitangelegte Forschung über Gewalttaten schizophrener Patienten in der Bundesrepublik kommt dann auch zu dem Schluß, daß aus der Population psychiatrischer Patienten als Gesamtheit weniger Gewalttaten ausgehen als von der Gesamtbevölkerung.

Rasch erkannte 1968 in seiner Untersuchung über Tötungsmotive psychotischer Täter, daß eine ganze Fächerung von Möglichkeiten ihrer Motivwahl erkennbar ist. So können die Motive mancher Psychotiker verständlich und "normal" erscheinen. "In keinem Fall handelt es sich um eine Tötung, die als Initialdelikt oder Prodromalerscheinung aufzufassen war."

Diese durch medizinisch-psychiatrische Wissenschaft geprägte Prognosepraxis ist in ihrem Präzisionsgrad in erheblichem Maße herabgesetzt.

Monahan (1984) kam bei der Durchsicht angefertigter amerikanischer Studien, die klinische Vorhersagen gewalttätigen Verhaltens einst institutionalisierter

Geisteskranker untersuchten, zu dem Ergebnis, daß bestenfalls ein Drittel dieser Vorhersagen zutreffend ist. So neigen Psychiater dazu, klinische Symptome überzubewerten, die eher diagnosespezifisch sind, andere Faktoren aber auszublenden, die für eine empirische Prognosebewertung von erheblicher Bedeutung wären. Zu den ausgeblendeten Faktoren zählt er (Monahan 1981, S. 32):

1. Kriterien werden nicht spezifisch definiert.
2. Statistische Basisdaten werden ignoriert.
3. Psychiater vertrauen auf illusionäre Korrelationen.
4. Situationsabhängige und umweltbedingte Informationen werden in die Beurteilung nicht aufgenommen.

In diesem Zusammenhang kritisiert Monahan Symptombeschreibungen, die aus dem Diagnostizierungsprozeß entstammen und unreflektiert in die Gefährlichkeitsprognose übergangen. Denn für die Psychiater hatten solche Kriterien wie "Patient reagiert oft impulsiv", "Patient hat kein Bewußtsein", "Patient ist völlig unbeeinflussbar" und "Patient weist die geringste Kritik zurück" einen hohen Einfluß auf prognostiziertes Gewaltverhalten (Monahan 1981, S. 32). Auch Blackburn (1983) machte seine Kritik an der klinischen Prognoseerhebung an den psychopathologischen Befunden fest. Insbesondere die psychiatrische Beurteilung, wie schnell ein Patient aggressives Verhalten annimmt und wie groß seine Frustrationstoleranz ist, lasse keine Rückschlüsse auf ein zukünftiges x-beliebiges Gewalt-

verhalten zu. Dieser Beurteilungsansatz widerspiegeln lediglich, daß Psychiater ihre Patienten viel zu allgemein als gefährlich einordneten und den Begriff "Gefährlichkeit" zu generalisiert auffaßten (Blackburn, S. 60f.). Diese klinischen Prognoseerstellung hatten lediglich eine Auswirkung: Die Anzahl von Patienten, denen fälschlicherweise ein zukünftiges gewalttätiges Verhalten attestiert wurde, die "false positives", wurde durch diese Prognosemethode erheblich vergrößert (Steadman 1980). Steadman verknüpfte mit dieser Feststellung die Frage, inwieweit der Staat Verantwortung für die hohe Anzahl von "false positives" zu tragen habe.

In den 70er Jahren löste diese Problematik eine heftige wissenschaftliche Diskussion aus. Anlaß dieser Diskussion waren zwei Gerichtsentscheide in den USA, die vorsahen, forensisch-psychiatrische Patienten, die wegen zu erwartenden gewalttätigen Verhaltens unter "Hochsicherheitsbedingungen" untergebracht waren, sofort zu entlassen. Der erste Fall ereignete sich im Februar 1966. Eine anschließende vierjährige wissenschaftliche Untersuchung der entlassenen Patienten durch Steadman und Cocozza (1972) ließ erheblichen Zweifel an der Gefährlichkeitsbeurteilung aufkommen (vgl. auch Steadman und Keveless, 1972). Eine noch umfassendere wissenschaftliche Erhebung schloß sich dem Fall der aufgrund eines Gerichtsbeschlusses 1971 in Pennsylvania entlassenen 586 forensisch-psychiatrischen Patienten an, die von Thornberry und Jacoby (1979) dokumentiert wurde. Auch diese langjährig angelegte Studie ließ nicht nachvoll-

ziehen, daß die aus psychiatrischer Sicht als gefährlich eingestuften forensisch-psychiatrischen Patienten auch tatsächlich gefährlich waren. Nur 20% der entlassenen Patienten waren innerhalb der ersten vier Jahre nach erfolgter Entlassung wieder inhaftiert, ca. 25% der erneut begangenen Delikte waren als Gewaltdelikte zu beurteilen (a.a.O. S. 178f.). Die Kritik an klinischer Prognose, daß klinische Symptome von den Psychiatern lediglich aneinandergereiht würden, um völlig unreflektiert in einen Zusammenhang mit "Gefährlichkeit" gestellt zu werden (Ervin 1969) war daher nicht mehr so schnell zurückzuweisen. Durch empirische Untersuchungen wurde versucht zu beweisen, daß die Kliniker bei der Abfassung ihrer Prognosen Unfähigkeit bewiesen (Koerin, 1978). Von anderer Seite wurde die psychiatrische Verhaltensvorhersage von Patienten nach der Klinikentlassung polemisch mit der Präzision von Wettervorhersagen verglichen, denen jegliche Neigung zu empirischer Kontrolle ihrer "aus einer Mischung von Wissenschaft, Magie und Kunst" gewonnenen Daten fehle (Steadman 1983).

Aus psychoanalytischer Sicht wurde versucht, individuelle Charakteristika für die Zeitpunkte vor und nach dem Auftreten von Gewalttaten zu beschreiben. Die intrapsychische Gesetzmäßigkeit beim Auftreten von Gewaltreaktionen wurde als eine zweiphasige Dynamik beschrieben, bei der der Patient vor der Tat "einen psychologischen Zusammenbruch oder eine Spaltung verschiedener psychologischer Faktoren erlebt, und

nach der Tat ein Gefühl von Stabilisierung, Belohnung oder ein Hochgefühl hat" (Chodorkoff 1969).

Macdonald (1967, 1971, 1975, 1976, 1977) bemühte sich, mit Hilfe psychoanalytischer Überlegungen, für einzelne Gewaltdelikte typische intrapsychische Konfliktkonstellationen und psychopathologische Befunde, sowie entwicklungsdynamisch typische Daten aufzuzeichnen.

Als die Prognose verschlechternde Faktoren sah er an, wenn ein durch homizide Impulse gequälter Patient gleichzeitig keine suizidalen Tendenzen hatte (Macdonald 1967). Homiziden Phantasien, die isoliert auftraten, ohne daß gleichzeitig suizidale Phantasien zu eruieren waren, konnte er dagegen keine Bedeutung beimessen, weil eine empirische Untersuchung über homizide Phantasien aus der Allgemeinbevölkerung nicht existiert.

Bei Sexualstraftätern mit Vergewaltigungsdelikten waren für Macdonald Männer typisch, die ein großes Kontrollverhalten über Frauen zeigten und die durch den Vergewaltigungsakt und die Erniedrigung des Opfers ihre Sehnsucht nach Dominanz ausleben konnten (Macdonald 1971). Macdonald sah passiv-aggressive und passiv-abhängige Persönlichkeiten als stärker feindselig an (1967). Aber auch latente Homosexualität, geringe Beziehungskapazität, emotionale Kälte, Streben nach Aufmerksamkeit, sind für Macdonald Kriterien, die eine Prognose verschlechtern (1976).

Dennoch warnt Macdonald davor, "brutale Übergriffe und Tötungsakte eines ausagierenden Unterprivilegierten mit den subtilen und versteckten Ausdrucksformen der Aggressivität mittelständischer Neurotiker" zu vergleichen, die eine psychoanalytische Ambulanz frequentierten (Macdonald 1976).

Auch an der psychoanalytischen Erhebung von Gefährlichkeitsprognosen wurde schnell Kritik laut. Diese Kritik floß in die Diskussion zweier spektakulärer Fälle in den USA ein. An dem unter dem Namen "Tarasoff" bekannt gewordenen Fall hatte der behandelnde Psychotherapeut die vom Patienten gegen seine Freundin geäußerten Tötungsabsichten ständig ignoriert, bis der Patient den Therapeuten vor vollendete Tatsachen stellte (Beigler 1981). In dem von Dix (1981) beschriebenen "Mary-Cole-Fall" hatte eine psychiatrisch behandelte Patientin ihren betreuenden Arzt verklagt, weil dieser sie nicht von einer zuvor geäußerten Absicht, ihren Ehemann zu töten, abgehalten hatte und sie dieses Vorhaben vollenden konnte.

Der besondere Kritikpunkt an den psychoanalytischen Prognosetheorien war der, daß eine vom analytischen Standpunkt postulierte stabile Persönlichkeitstendenz, die der Patient in seiner Persönlichkeit fest verankert haben soll und die sich mit einer bestimmten Häufigkeit an unterschiedliche Situationen festmachen soll, in Frage gestellt wurde. Unter diesem Gesichtspunkt wird der psychische Determinismus, der

vorherrschendes Krankheitsmodell der Psychoanalyse ist, als Glaubensrichtung und nicht als objektive Tatsache angesehen (vgl. Blackburn 1983, S. 60f.).

Monahan (1981) präsentiert weiter, daß Verhalten (und damit auch gewalttätiges Verhalten) von einer Personen-Situations-Interaktion abhängig ist. Daher müsse in eine prognostische Überlegung das Beurteilen von Persönlichkeitsfaktoren, von Situationsfaktoren und von Interaktionsfaktoren einmünden. Es gehe dabei nicht darum, einen einzelnen Faktor aufzuspüren, der eine Person in Zukunft als gefährlich markieren würde, sondern darum, in welcher Interaktion diese verschiedenen Faktoren stünden.

Steadman (1982) erarbeitete erstmals systematisch Zusammenhänge von kontextuellen Faktoren und dem Schweregrad von aggressiven Auseinandersetzungen. Resultat seiner Untersuchung war, daß sich solche Faktoren benennen ließen, denen ein forcierender Einfluß auf die Schwere von aggressiven Auseinandersetzungen zukam. Zudem entdeckte er, daß sich einige dieser kontextuellen Faktoren mit größerer Intensität in Auseinandersetzungen von psychisch Kranken zeigten, als bei Auseinandersetzungen in der Allgemeinbevölkerung. So waren Auseinandersetzungen von psychisch Kranken gerade dann von größerer Intensität, wenn sie mit Familienangehörigen ausgefochten wurden, wogegen Auseinandersetzungen in der generellen Population eher dann an Stärke und Schwere zunahmen, wenn die Auseinandersetzungen zwischen

Fremden ausgetragen wurden oder der Angegriffene in einer stärkeren physischen Konstitution war. Die sich aus den Untersuchungen abzeichnende Tendenz, daß das Ausmaß und die Schwere der Auseinandersetzung durch situative Parameter geprägt wird, wurde auch von Kozol (1972) angenommen. Walker (1983) vertrat den extremsten Standpunkt. Er sieht nicht Personen als gefährlich an, sondern Situationen, in die Personen hineingeraten.

Die Relevanz psychologischer Testmethoden für eine Prognoseerstellung wurde von Megargee (1970) ausführlich diskutiert. Megargee, der die gesamte psychologische Literatur zu diesem Thema referierte und auch eigene Untersuchungsergebnisse in diesem Zusammenhang diskutierte, konnte jedoch keine strukturierte oder projektive Test-Skala vorweisen, die allein herangezogen, Gewaltverhalten in ausreichendem Maße vorherzusagen könnte. Für die Gruppe von überkontrollierten Persönlichkeiten, die stark gehemmt waren und eine heftige Feindseligkeit hatten, konnte die O-H-Skala im MMPI im Zusammenhang mit anamnestischen Daten von prägendem Beurteilungseinfluß sein. Megargee schlägt daher vor, die Testergebnisse nie allein zur Begutachtung heranzuziehen, sondern lebensgeschichtliche Situationen und verschiedene chronisch auf die Persönlichkeit einwirkende Streßfaktoren, die bei der Anamnese zu erheben sind, mit zu berücksichtigen.

Quinsey (1979) äußerte sich nach einer Studie mit unterschiedlichen Testmethoden eher skeptisch gegenüber einer Anwendung in der Prognose. Weil psycholo-

gische Testergebnisse lediglich den aktuellen Ich-Status eines Probanden widerspiegeln, seien sie für die Erhebung einer Langzeitprognose als problematisch anzusehen (Kozol 1972).

Das als klassisch einzuschätzende psychiatrische Argument, daß sich durch die langanhaltende klinische Beobachtung präzisere Gefährlichkeitsprognosen erstellen ließen, wurde durch interdisziplinäre Untersuchungen zurückgedrängt.

Quinsey (1979) ließ forensische Patienten von forensischen Psychiatern und Hochschullehrern gleichzeitig beurteilen und mußte feststellen, daß die forensischen Psychiater nicht zu besseren prognostischen Beurteilungen kamen, sondern die psychiatrischen Prognosebeurteilungen erheblich von subjektiven Faktoren geprägt waren. Rada (1981) sieht diese von Subjektivität geprägte Einstellung der Psychiater als ein Nichtlösenkönnen aus Gegenübertragungen. Menzies (1982) verglich die Gefährlichkeitseinschätzungen forensischer Patienten, die von forensischen Psychiatern und von Allgemeinpsychiatern durchgeführt wurden. Er kam zu dem Ergebnis, daß forensische Psychiater die Patienten tendenziell als gefährlicher beurteilten. Eine von Montandon (1984) durchgeführte Erhebung verglich Prognosen, die forensische Psychiater abgegeben hatten, mit denen von forensischen Pflegekräften. Auch sie mußte feststellen, daß forensische Psychiater die Patienten am gefährlichsten beurteilten. Sie stellte sogar fest, daß mit Zunahme der beruflichen Qualifikation eine extremere Gefähr-

lichkeitsprognose gestellt wurde. Diese Untersuchungen zeigen besonders deutlich, daß die forensisch-psychiatrische Prognosebeurteilung durch ein erhebliches Maß an "overprediction" (Monahan 1978) gekennzeichnet ist.

Eine so erhebliche Fehleinschätzung der Psychiater bei der Prognosebeurteilung wird möglicherweise durch die Institution "Forensische Psychiatrie" untermauert. Da sich nach langjähriger forensisch-psychiatrischer Unterbringung lediglich eine Bewertung der individuellen Patienten Anpassung an die Institution beurteilen läßt (Rasch 1984), kommt dieser Anpassungswilligkeit der Patienten auch entscheidende Bedeutung bei der Prognosebeurteilung zu. Stierling (1956, S. 44f.) beschreibt den erheblichen Einfluß der Unterbringungssituation in der Institution Psychiatrie als Verstärkung der Frustration. Der Zwang zum Zusammenleben und das Sichanpassen an die Institution sind solche schweren Belastungsmomente, daß es lediglich situativer Faktoren bedarf, um ein gewalttätiges Verhalten von Patienten heraufzubeschwören (Stierling, a.a.O.). Dadurch wird erklärbar, daß es keinen Zusammenhang zwischen aktuellem Verhalten der Patienten auf der Station und ihrem ursprünglichen Delikt bzw. ihrer Diagnose gibt (Jagemann 1967).

Institutionelle Faktoren nehmen bei der Prognosebeurteilung eine so extreme Größenordnung ein, daß die Prognosebeurteilung überwiegend "die institutionelle Trägheit und ihren bürokratischen Druck widerspiegelt" (Monahan 1981).

Quinsey (1979) beurteilt dann auch resignierend, daß die Entlassung aus der forensischen Psychiatrieeinrichtung vor allem von Zufällen abhängt, womit gleichzeitig festgestellt wäre, daß klinische Prognosegutachten eher als Prognosezufälle zu beschreiben wären.

4. EMPIRISCHER TEIL

4.1. Fragestellung

Im Kapitel über die rechtlichen Grundlagen zur Überprüfungsbegutachtung (§ 67 StGB) ist die differenzierte Vorstellung der Juristen, wann "verantwortet werden kann, zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird", ausführlich diskutiert worden. Die rechtlichen Bemühungen, einen Rahmen abzustecken, der möglichst genau erfaßt, wann dieser Zeitpunkt aus juristischer Sicht herangekommen ist, führen zwangsläufig zu der Frage, ob eine so differenzierte juristische Sichtweise in der Praxis aufgegriffen wird und von den ärztlichen Gutachtern auch als solche anerkannt wird.

Die Fragestellung wird durch den Auftrag, in einem Überprüfungsgutachten zu diskutieren und zu beantworten, ob der Untergebrachte den Zeitpunkt einer Entlassung erreicht hat, an den Arzt herangetragen. Der Arzt müßte nun versuchen, die Persönlichkeitsentwicklung oder den Krankheitsverlauf so zu analysieren, daß mit Erreichen einer bestimmten Entwicklungs- oder

Krankheitsphase der Zeitpunkt erreicht ist, der mit den rechtlichen Vorstellungen über einen solchen Augenblick größtmöglich korreliert.

Wie das Kapitel über die psychiatrische Prognose aber in mehrfacher Weise kritisch hinterfragen konnte, ist allerdings der Präzisionsgrad einer solchen Prognose im allgemeinen recht ungenau. Und obwohl von juristischer Seite möglichst genaue Vorstellungen über den Entlassungszeitpunkt aufgestellt sind, ist es doch recht zweifelhaft, ob eine exakte psychiatrische Vorstellung über einen solchen Zeitpunkt überhaupt existiert.

Die ungenauen psychiatrischen Vorstellungen, wann ein Untergebrachter Entlassungsanzeichen hat, lassen den Verdacht aufkommen, daß die psychiatrischen Vorstellungen den juristischen Standpunkt überdehnen und folglich die Unterbringungslänge strecken. Hier eröffnet sich vielleicht auch die ärztliche Unkenntnis über das einzugehende und kalkulierbare Risiko, das mit einer Aussetzung des Maßregelvollzuges zur Bewährung eingegangen wird. Der mit Sicherheit nicht mehr straffällig werdende Täter kann schließlich nicht die Person sein, zu der sich der Untergebrachte im Maßregelvollzug entwickeln sollte. Das wäre eine Überstreckung der Sicherheitszone über den rechtlich zu vertretenden Rahmen hinaus, die die Freiheitsrechte von Untergebrachten enorm beschneiden würde.

Auf der anderen Seite basieren die Überprüfungsgutachten zu einem erheblichen Teil auf Argumenten, die aus dem psychopathologischen Diagnostizierungsprozeß entstanden sind. Die Diagnosefindung fordert nach ärztlichem Verständnis Überlegungen zur Therapie. Dies ist ein Grundverständnis ärztlichen Handelns und ist jedem Arzt während seiner Ausbildungszeit verinnerlicht worden.

Dieser therapeutische Aspekt könnte ein weiterer Grund dafür sein, daß die Maßregelvollzugsunterbringung in ihrem Längenmaß unnötig strapaziert wird, weil ihm aus der ärztlichen Sichtweise heraus mehr Bedeutung beigemessen wird als etwa der Bewertung des Sicherheitsaspektes, vielleicht gerade dann, wenn der Sicherheitsaspekt enorm an Bedeutung verliert.

Inwieweit jedoch mit zunehmender Unterbringungslänge diagnosebezogene Kriterien durch Verhaltenskriterien oder institutionelle Kriterien ausgetauscht werden, sollte ebenso untersucht werden. Zwar scheint es so, daß die Unterbringungsdelikte aus dem Bewußtsein der Ärzte verschwinden - vielleicht auch nicht mehr diskutiert werden, je länger der Patient untergebracht ist -, doch könnte ein Ausweichen auf andere Kriterien damit zu tun haben, daß "deliktangemessene" Unterbringungszeiten angestrebt werden, was aber nicht ohne weiteres verbalisiert wird. Dadurch würde die Argumentation in den Überprüfungsgutachten nur noch vordergründig geführt, in formale Floskeln verpackt, die mit einer Prognoseerstellung nichts mehr zu tun haben.

Solche Überprüfungsgutachten, die lediglich ein Spiegelbild institutioneller Regelungen darstellen, an die sich der Untergebrachte zu halten hat, nehmen damit einen disziplinierenden Charakter an. Denn institutionelle Regelungen werden erstellt, damit eine Institution störungsfrei existieren kann, können aber niemals als alleiniger Gradmesser einer positiven Prognoseaussage fungieren.

Es stellt sich die Frage, ob solche Zusammenhänge darstellbar sind.

4.2. Methodik

Die Untersuchung erfaßt alle Patienten der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, die sich am 30.6.1982 im Maßregelvollzug befanden. Ausgenommen waren die gemäß § 64 StGB in der Drogenklinik Frohnau untergebrachten Patienten. Um in die Untersuchung mitaufgenommen zu werden, mußten in den Krankenunterlagen mindestens zwei Überprüfungsgutachten zu finden sein. Waren mehr als zwei Überprüfungsgutachten in den Krankengeschichten, dann wurden die drei letzten Überprüfungsgutachten für diese Untersuchung verwertet. Durch dieses Vorgehen konnte auch die Anzahl aktueller Krankengeschichten berücksichtigt werden, in denen nur zwei Überprüfungsgutachten enthalten waren. Erste Sichtungen der Krankengeschichten hatten nämlich ergeben, daß es schwierig wurde, mindestens 100 unterschiedliche Krankengeschichten für die Auswertung aufzunehmen, die diesen Kriterien entsprechen. Dieser Umstand war insbesondere durch die Krankengeschichten von Patienten, die gemäß

§ 64 StGB untergebracht waren, entstanden, bei denen ohnehin die Länge der Unterbringung von vornherein limitiert ist.

Nach Abschluß der ersten Erhebungsphase waren 59 Krankengeschichten ausgewertet, die mindestens zwei Überprüfungsgutachten enthielten. Alle bis zu diesem Zeitpunkt ausgewerteten Krankengeschichten wurden über Patienten geführt, die bis zum 30.06.1982 noch im Maßregelvollzug untergebracht waren. Um eine hinreichende Sammlung von Überprüfungsgutachten vorlegen zu können, wurde die auszuwertende Anzahl von Krankengeschichten auf 100 aufgefüllt. Dabei wurde so vorgegangen, daß die dem 30.6.1982 vorangegangenen Entlassungen von Patienten im Maßregelvollzug systematisch durchgegangen wurden und immer die Patienten Berücksichtigung fanden, deren Entlassungsdatum vom 30.6.1982 zeitlich am geringsten entfernt war. Dieses Verfahren wurde so lange angewendet, bis die Zahl der zu untersuchenden Probanden sich auf 100 auffüllte. Berücksichtigung fanden auch hier nur solche Probanden, die mindestens zwei Überprüfungsgutachten in den Unterlagen hatten, im Höchstfall wurden drei Überprüfungsgutachten berücksichtigt, wobei es sich immer um die letzten drei Überprüfungsgutachten handelte, also diejenigen, die von dem Datum des 30.6.1982 am wenigsten zeitlich entfernt waren. Da es sich bei diesen Patienten bereits um entlassene Patienten handelte, reflektierte das letzte Überprüfungsgutachten auch immer die Beurteilung des Probanden vor der Entlassung, denn diese ging unmittelbar einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug voraus.

Methodisch wurde in den einzelnen Fällen so vorgegangen, daß ein Erhebungsbogen entworfen wurde, der auf der einen Seite Basisdaten enthielt und der anhand von Merkmalstabellen die Überprüfungsgutachten zu erfassen versuchte. In den Basisdaten waren demographische, strafrechtliche Merkmale sowie Merkmale aus den Unterbringungsbeschlüssen der großen Strafkammern enthalten. Auch psychiatrische Merkmale, wie z.B. die Diagnosen, wurden mitaufgenommen. Die Verschlüsselung der Diagnosen erfolgte lediglich nach einem groben Schema, der International Code of Diseases wurde nicht benutzt, da als Erkenntnis einer vorangegangenen Probeerhebung deutlich wurde, daß eine derart spezielle Diagnosendifferenzierung keinen Vorteil bot.

Die Schwierigkeiten, ein ausformuliertes Überprüfungsgutachten in einer Merkmalskategorie von Lochkarten auszudrücken, wurden zunächst erprobt. Diese Vorgehensweise hatte sich in einer früheren Arbeit bereits bewährt (Rasch, W. (1983), Vortrag gehalten auf dem X. International Congress on Law and Psychiatry, S. Margherita, Genua, Italien.) und wurde zusätzlich noch etwas stärker differenziert. So konnten einzelne in den Überprüfungsgutachten benutzte Merkmale unterschiedlich beurteilt werden, denn es versuchte auch Entwicklungstendenzen festzuhalten. Dadurch wurden z.B. nicht nur die Krankheitssymptome allgemein fixiert, sondern ein Krankheitssymptom konnte sogar soweit differenziert werden, daß auch eine Besserung eines Krankheitssymptomes oder sogar eine Verschlechterung festgehalten wurde (s. Anhang S. 146).

Die gesammelten Merkmale wurden auf eine Computerlochkarte übertragen. Eine Lochkarte erfaßte alle Basisdaten und je Überprüfungsgutachten wurde eine Lochkarte zur Speicherung der Überprüfungsmerkmale herangezogen.

Die erhobenen Daten wurden im Rechenzentrum der Freien Universität Berlin ausgewertet. Daraus wurden zunächst Häufigkeitstabellen aufgestellt und dann anhand von Kreuztabellen (Crosstabulation) die aufgestellten Thesen mit den Ergebnissen verglichen.

Im Rahmen der Untersuchung wurden die Empfehlungen des Weltärztebundes (revidierte Deklaration von Helsinki, 10.10.75, Tokio) berücksichtigt. Die Aufnahme und Verarbeitung der Daten erfolgte in anonymisierter Form.

4.3. Basisdaten

4.3.1. Anamnestische Daten

Die Untersuchung erfaßt Patienten, die zwischen 1902 und 1960 geboren wurden. Weil die Unterbringungslängen der einzelnen Patienten sich in ihrer Ausdehnung in erheblichem Maße voneinander unterschieden, ließ sich ein Durchschnittsalter während der Unterbringung nicht berechnen. Auf die Erhebung des Alters zum Unterbringungsbeginn wurde von vornherein verzichtet. Denn die Erhebung von Basisdaten wurde auf ein Minimum begrenzt, um eine Schwerpunktverlegung auf die inhaltlichen Diskussionspunkte der Überprüfungsgutachten zu garantieren.

54% der Patienten waren geborene Berliner, 16% waren in der DDR geboren. Eine gleich große Zahl (15%) hatte seinen Geburtsort in Westdeutschland. 11% waren in den ehemaligen deutschen Ostgebieten geboren. Nur 2% wurden in der Studie erfaßt, die ihren Geburtsort im Ausland hatten.

20 Patienten hatten bei der Einweisung keinen festen Wohnsitz. 26 Patienten waren seit dem Unterbringungsbeginn polizeilich in der Klinik gemeldet. Sie hatten damit offiziell ihren Wohnsitz in der Nervenklinik. Die restlichen 74% hatten während der Aufnahme-prozedur noch eine Wohnadresse außerhalb der Klinik angegeben, wo sie auch polizeilich gemeldet waren. Im allgemeinen handelte es sich um die Adressen ihrer familiären Angehörigen. Gegenüber der ersten Gruppe, die bereits seit dem Aufnahmebeginn "keinen festen Wohnsitz" außerhalb der Klinik mehr angeben konnte, unterschied die zweite Gruppe sich darin, daß die Unterbringung im Maßregelvollzug als vorübergehender Lebensabschnitt beurteilt wurde, nach dessen Ende eine Entlassung zu den Angehörigen, bei denen sie polizeilich gemeldet waren, von ihnen erwartet wurde. Zwar nahm auch bei der zweiten Gruppe diese nach außen und damit in Richtung Entlassung orientierte Motivation ab, doch das erst mit zunehmender Unterbringungslänge. Dann wurde der Wohnsitz außerhalb der Klinik aufgegeben.

Es konnte in der Untersuchung nur eine Frau Berücksichtigung finden. Frauen im Maßregelvollzug wurden bis vor kurzem auf allgemeinspsychiatrischen Abteilungen der

Einzelne Patienten mit langer Verweildauer im Maßregelvollzug muß als recht kurz beurteilt werden, denn die meisten fremdgesellschaften von Frauen im Maßregelvollzug erhielten nur ein Überprüfungsgutachten und fanden daher keine Berücksichtigung in dieser Untersuchung. Bei dem der nichterfolgte Ausgrenzungsprozeß aus dem allgemeinen Strafrechtssystem 1. Grades für Maßregelvollzugsbedürftigen einen positiven Einfluß auf die Rehabilitationsfähigkeit dieser Patientinnen hatte, ließe sich zwar vermuten, aber nicht eindeutig beweisen.

Bei der Patienten waren zu ihrer Untersuchung keine Angaben über den Familienstand. Die Anzahl der alleinlebenden, eingewiesenen, männlichen Patienten belief sich auf 88%, wenn die geschiedenen und verwitweten männlichen Patienten zu den ledigen Patienten hinzuzaddiert wurden. In der Statistik Staatsangehörigkeit entfielen 92% auf deutsche Staatsbürger. Der geringe Prozentsatz von zwei ausländischen Patienten in dieser Studie ergab sich dadurch, daß diese ausländischen Patienten im allgemeinen nur eine kurze Verweildauer im Maßregelvollzug hatten und somit in diese Studie, die nur Patienten mit langer Verweildauer im Maßregelvollzug berücksichtigte, nicht miteingetragen wurden. Aus der praktischen Arbeit im Maßregelvollzug ist bekannt, daß nach erfolgter Maßregelvollzugsunterbrechung die Anstrengungen einer Ausweisung solcher Patienten durch die Berliner Behörden beginnen. Mit einer langen Verweildauer solcher ausländischen Patienten im Maßregelvollzug ist daher selten zu rechnen.

Die Angaben zu den berufsbezogenen Daten spiegeln die Ergebnisse anderer wissenschaftlicher Untersuchungen des Maßregelvollzugs wider. So läßt sich aufzeigen, daß Arbeiter und solche Patienten ohne Arbeit überrepräsentiert sind, wobei solche Patienten, die nie eine Arbeit begonnen hatten, es handelt sich um 3%, dieser Kategorie subsumiert wurden. Es ergibt sich ein Prozentrang von 68, der Arbeiter, arbeitslose und arbeitsunfähige Patienten repräsentiert. Patienten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung machen 32% aus. In diese Anzahl wurden auch Selbständige, Angestellte und Akademiker mitaufgenommen, weil ihr Anteil ohnehin verschwindend klein war.

Damit sind 68% der Patienten der unteren Unterschicht zuzurechnen, die eine Kategorie von ungelernten Hilfs- und Gelegenheitsarbeitern repräsentiert.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Keller (1969) und Ritzel (1975). Während 64% der Patienten, die Keller in seiner Maßregelvollzugsuntersuchung erfaßt, ohne gelernten Beruf waren, waren dies in Ritzels Untersuchung 60%.

Conrad (1973) fand 77% der Patienten im Maßregelvollzug ohne abgeschlossene Berufsausbildung und Schumann (1982), die in einer Kategorie von "unterer Unterschicht und sozial Verachteten" wohl eine vergleichbare Patientengruppe erforschte, fand, daß 93% der Patienten in diese Kategorie ungelernter Hilfs- und Gelegenheitsarbeiter einzuordnen waren.

4.3.2. Daten zur Unterbringung

In dieser Untersuchung war der Patient mit der frühesten Unterbringung seit 1950 im Maßregelvollzug, die letzte Maßregelvollzugseinweisung erfolgte 1981. Die kürzeste Unterbringungsdauer betrug sechs, die längste 278 Monate.

In 54% dauerte die Unterbringung noch an, in 41% war die Unterbringung beendet. Drei Patienten waren nicht aus dem Maßregelvollzug entlassen, wurden aber in eine westdeutsche Maßregelvollzugseinheit verlegt, so daß eine fortführende Beobachtung dieser Verläufe und der Überprüfungsbegutachtung im nachfolgenden westdeutschen Maßregelvollzug dadurch nicht mehr möglich war.

Solche Verlegungen von Maßregelvollzugspatienten sind übliche Praxis, insbesondere wenn Patienten keine geborenen Berliner sind und in einem Maßregelvollzug in der Nähe ihrer engen Verwandten untergebracht werden möchten.

Es konnten zwei Diagnosen pro Patient in dieser Untersuchung Berücksichtigung finden. Es hatte sich nämlich bereits bei einer Voruntersuchung der Akten gezeigt, daß eine Zweitdiagnose durchaus üblich war. In diesen Erhebungen waren immerhin 52% aller Patienten mit Zweitdiagnosen versehen. Die hier mit "primärer Diagnose" bezeichnete Kategorie bedeutet lediglich, daß damit die Hauptdiagnose zu erfassen war. Entscheidend ist dabei, daß in der Praxis der Diagnosefindung der

Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik zuerst auf die Beurteilung des endogen-psychotischen geachtet wird. Das bedeutet, daß bei den endogen-psychotischen Patienten die "primäre Diagnose" immer die endogene Psychose ist.

Eine Sucht- oder eine hirnorganische Erkrankung rückt unter diesen Bedingungen immer an die zweite Stelle. Dagegen wurde einem Intelligenzmangel häufig mehr Gewichtung für die "Hauptdiagnose" eingeräumt als z.B. einer Suchterkrankung.

Auf die gesonderte Dokumentation des Materials Intelligenz bzw. Intelligenzmangel als Hauptdiagnose wurde jedoch verzichtet. Denn Schwachsinn als solcher konnte nicht als die dominierende Störung akzeptiert werden, weil "erst die gleichzeitig vorhandene Persönlichkeitsstörung zur Straffälligkeit bzw. zur Maßregel der Besserung und Sicherung führt (Schumann 1983, S. 33).

Die endogenen Psychosen wurden zusammengefaßt. In den Krankenunterlagen wurde die mangelnde Diagnosedifferenzierung auch bei diesen klassisch-psychiatrischen Krankheitsbildern deutlich, die sogar bei einigen Patienten mit langjähriger klinischer Beobachtung im Maßregelvollzug nicht abschließend geklärt werden konnte. In solchen Fällen traten Unsicherheiten darüber auf, ob nun ein Patient z.B. an einer Schizophrenie oder an einer schizoaffektiven Psychose erkrankt war.

Bei Anwendung dieser groben Diagnoseeinteilung fallen 45% der Krankheitsbilder in die Hauptdiagnose der endogen-psychotischen Erkrankungen, 22% sind an einer

hirnorganischen Störung, 13% an einer Sucht und 20% an einer Psychopathie erkrankt. Auch wenn bei anderen Daten der Erhebung häufig in einzelnen Krankengeschichten Angaben fehlten - bis hin zum Einweisungsmodus der Strafkammern -, so gab es bezüglich der Diagnoseetikettierung keine Lücke. Jeder Patient hatte mindestens eine Diagnose, 52% immerhin zwei, so daß mit großer Sicherheit davon ausgegangen werden kann, daß der diagnoselose Patient auch in den Akten der forensischen Psychiatrie fehlt.

Bestätigt hat sich die ursprüngliche Annahme, daß Patienten mit einer endogen-psychotischen Störung überwogen. 45% aller Patienten waren mit der Hauptdiagnose - endogene Psychose - bezeichnet, als sekundäre Diagnose existierte diese Erkrankung nicht, wie bereits weiter oben erörtert. An zweiter Stelle rangierten die hirnorganischen Störungen mit 22%, dann mit 20% der Intelligenzmangel und an letzter Stelle die Suchterkrankungen mit 13%. Lediglich als Zweitdiagnose wird die Sucht zur entscheidenden Diagnose und nimmt hier mit 26 Zweitdiagnosen 50% aller Zweitdiagnosen ein. Auf 23 Patienten mit der Zweitdiagnose Intelligenzmangel entfallen 44%. Die hirnorganischen Störungen nehmen mit dreimal diagnostiziert 6% ein.

Bei Durchsicht der 100 Krankengeschichten wurden bis zu 30 Überprüfungsgutachten pro Patient gefunden. Mindestens zwei Überprüfungsgutachten mußten sich in einer Krankengeschichte befinden, damit der Patient in dieser Untersuchung Berücksichtigung finden konnte. Waren mehr als drei Überprüfungsgutachten in der Krankengeschichte, dann wurden die drei letzten Überprüfungsgutachten berücksichtigt. Auch bei bereits aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten wurden lediglich die drei letzten Überprüfungsgutachten in die Erhebung mitaufgenommen.

Diese Anzahl von Überprüfungsgutachten wurde als erforderlich, aber auch als ausreichend angesehen, um die Unterbringungsbegründungen miteinander vergleichen zu können.

Die Schuldfähigkeitsbeurteilung in den Unterbringungsbeschlüssen der Strafkammern war in einem Fall nicht zu eruieren, weil der Beschluß in der Krankengeschichte fehlte. 68 Patienten waren als schuldunfähig angesehen, 28 Patienten als vermindert schuldfähig. Drei Patienten wurden im Unterbringungsurteil für die Tatzeitpunkte als schuldfähig beurteilt. Bei diesen Probanden handelte es sich um gemäß § 64 StGB Untergebrachte.

Die Schuldminderung wurde in 63% wegen einer krankhaften seelischen Störung, in 10% wegen einer vorübergehenden tiefgreifenden Bewußtseinsstörung von den Gerichten angegeben. Auch wenn die Begründung für eine solche Schuldmindereungsbeurteilung im Unterbringungsbe-

schluß wegen einer vorübergehenden tiefgreifenden Bewußtseinsstörung zunächst nicht einleuchtend ist, so ist die Argumentation so zu verstehen, daß es sich um Patienten handelt, bei denen periodisch auftretende affektive Aufladungen mit nachfolgenden Entladungen angenommen wurden. Mit Hilfe dieser theoretischen Vorstellungen von Periodizität psychischen Handelns wurde ohnehin häufig die Gefährlichkeitsbeurteilung angenommen, wie weiter unten angeführt.

In neun Unterbringungsbeschlüssen waren keine Angaben über die Schuld minderung zu erfahren. Diese Probanden waren gemäß § 64 StGB untergebracht.

Zu den Unterbringungsmodi sei folgendes erklärt: Patienten, die nach § 42b StGB untergebracht waren, wurden mit den Patienten gemäß § 63 StGB untergebrachten zusammengefaßt. In diesem Sinne konnte verfahren werden, weil mit der Einführung des zweiten Strafrechtsreformgesetzes von 1972 auch für die bis dahin gemäß § 42b StGB untergebrachten Patienten seit dem 1.1.1972 die für die Unterbringungsüberprüfung relevanten §§ 67 StGB Gültigkeit bekamen. Ebenso wurde mit den gemäß § 42c StGB Untergebrachten verfahren, die in die Gruppe der gemäß § 64 StGB Untergebrachten einmündeten.

Es ergab sich da ein Anteil von 83 Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht waren und 17% gemäß § 64 StGB untergebrachter Patienten. Diese Zahlen sagen nichts aus über das tatsächliche Verhältnis von Patienten gemäß § 63 StGB und Patienten gemäß § 64 StGB unterge-

brachter. Schließlich sei daran erinnert, daß lediglich solche Patienten bei der Untersuchung berücksichtigt wurden, die eine längere Verweildauer im Maßregelvollzug hinter sich hatten. Wurde ein Patient in die Strafhafte zurückverlegt oder wurde er bereits nach einer Überprüfung der Strafvollstreckungskammer entlassen, so fiel ein solcher Patient aus der Erhebung von vornherein heraus.

Die Gefährlichkeitsbegründung der Strafkammern in ihren Beschlüssen zur Unterbringung im Maßregelvollzug wurde anhand der Auflistung "womit wird die Gefährlichkeit vom Gericht begründet" zu reflektieren versucht. Dabei konnten maximal drei Gründe berücksichtigt werden. Welcher Grund nun stärkere Bedeutung hatte, konnte nicht beurteilt werden, da häufig Gründe angegeben waren, die als gleichrangig in ihrer Gefährlichkeitspotenz beurteilt werden mußten. Der Sparte "Gefährlichkeit" kann daher lediglich überblickhafte Bedeutung zukommen.

Am häufigsten wurde in den Beschlüssen Gefährlichkeit mit Hilfe von Suchtbeurteilungen erklärt. Werden die beiden Gruppen "bei krimineller Handlung betrunken gewesen" und "bei der Tat erheblich alkoholisiert gewesen" zusammengefaßt, dann ist diese Tatsache, daß Patienten beim Tatgeschehen unter Einfluß von Alkohol standen, enormer negativer Prognoseeinfluß zuzuordnen (37 Nennungen). Auch das Kriterium "wegen Sucht sind weitere Delikte zu befürchten" hat mit 23 Nennungen hier seine Berechtigung. Obwohl die Erkrankung Sucht

bei den diagnostischen Beurteilungen der Ärzte eine nur geringe Bedeutung hat, 13% der Patienten haben als primäre Diagnose eine psychiatrisch relevante Suchterkrankung, bei der Zweitdiagnose sind es 26% der Patienten, also insgesamt 39% der Patienten mit einer zumindest für psychiatrische Diagnostik erwähnenswerten Problematik, so ist doch erstaunlich, daß der Suchtkomponente bei der Gefährlichkeitsbewertung der Strafkammern solche große Bedeutung zugemessen wird. Selbst solche Kriterien, die am naheliegendsten mit Gefährlichkeitsbenennung zusammenzubringen waren, wie "zeigt starke Aggressivität" und "vom Patienten gehen unkontrollierte Impulshandlungen (aggressive Durchbrüche) aus", insgesamt 25 Nennungen, fielen gegenüber der Suchtbeurteilung doch wesentlich weniger ins Gewicht. Formale Kriterien, damit sind an dieser Stelle solche Beurteilungen gemeint, die lediglich den Gesetzestext wiedergeben, wie "Wiederholung erheblicher Straftaten" (20 Nennungen), "Gefahr für die Öffentlichkeit" (13 Nennungen), sind deutlicher berücksichtigt als die Beleuchtung des Aggressionspotentials. Erwähnt werden muß an dieser Stelle, daß solche formalen Begründungen nur dann in die Untersuchung mitaufgenommen wurden, wenn keine zusätzlichen und differenzierten Gefährlichkeitserörterungen in den Unterbringungsbeschlüssen der Strafkammern zu finden waren. Damit fehlt solchen Unterbringungsbeschlüssen eine abwägende Diskussion über die einschneidende Maßnahmen der Maßregelvollzugsunterbringung. Denn die Überlegung, warum eine solche Maßnahme der Strafkammer unumgänglich erschien, ist diesen Beschlüssen nicht zu entnehmen, weil ihre

Ursachen (mögliche aggressive Tendenzen) nicht erwähnt wurden.

Die sogenannte Triebhaftigkeit hat ebenfalls starke Bedeutung als Gefährlichkeitskriterium: sie erscheint mit insgesamt 15 Nennungen. Obwohl 45% an einer psychotischen Symptomatik leiden und eine solche vielleicht einen Einfluß auf die Persönlichkeitsreaktion haben könnte, war diese lediglich in 26 Nennungen berücksichtigt.

Vielleicht drückt sich in diesen Beschlüssen auch die Hilflosigkeit der Gerichte aus, mit dem Phänomen der Gefährlichkeitsbeurteilung umzugehen. Oftmals gelingt es offenbar den Psychiatern nicht, den Gerichten dieses Phänomen zu vermitteln und eine gewisse Problematisierung der Gefährlichkeitsbegründung zu bewirken. Würde dies geschehen, dann müßte der Berücksichtigung klassisch-psychiatrischer Befunde in den Beschlüssen mehr Bedeutung beigemessen worden sein.

Aber auch die mangelnde Vermittelbarkeit psychiatrischer Terminologie und die geringe Wertlegung auf eine Problematisierung der Gefährlichkeitsprognose von psychiatrischer Seite könnten Gründe dafür sein, warum von den Gerichten so häufig auf die Suchtkomponente zurückgegriffen wird. Beleuchtung der Suchtproblematik wäre dann eine Ausweichreaktion der Gerichte, die auf eigene unreflektierte Alltagspsychologie zurückgreifen müssen - Suchtprobleme sind der Allgemeinheit eher einleuchtend, weil zugänglicher - um hochkomplizierte

Psychologie, wie die der zukünftigen Gefährlichkeit thematisieren zu können. Dadurch entsteht jedoch ein weiteres Problem. Denn mit der Argumentation, der Proband habe seine Taten im Alkoholrausch begangen, ist eine Maßregelvollzugsunterbringung nicht zu begründen. Ein vorübergehender Alkoholrausch reicht für eine Maßregelvollzugsunterbringung nämlich nicht aus.

4.3.3. Zu den Delikten

Es wurden alle Delikte so erfaßt (s. Tab. 1, S. 67), daß Rückschlüsse auf die Häufigkeit begangener Delikte möglich waren. Hatte z.B. ein Patient drei Diebstähle begangen, so wurde er in eine Spalte für drei Diebstähle eingetragen. Es zeigte sich, daß sich die Delikte nicht immer auf eine Kategorie von Delikten reduzieren ließen. Insbesondere waren Patienten noch wegen anderer Delikte auffällig geworden, wie z.B. Verleumdung, Beleidigung etc. Hatte ein Patient nun zahlreiche verschiedene Delikte begangen, so wurden alle in ihrer Verschiedenheit, wie aus der Tabelle ersichtlich, und zusätzlich in ihrer Häufung erfaßt. Weiterhin wurde differenziert nach Delikten, die unmittelbar der Unterbringungsverhandlung vorangegangen waren und hier auch eingebracht wurden und solchen, die als Vorstrafen im Vorstrafenregister aufgelistet waren.

Delikte, die unmittelbar zur Unterbringung im Maßregelvollzug führten, sind besonders häufig in den Kategorien Diebstahl, Unterschlagung, sowie vorsätzliche Tötung/Mord zu finden. Dreimal begingen Patienten zwei vorsätzliche Tötungen. Zur Erklärung muß angefügt werden, daß es sich in diesen vier Fällen nicht um "Serientaten" handelte. Diese Probanden begingen während eines Tatzeitpunktes alle angegebenen Tötungsdelikte.

Bei genauer Betrachtung der Häufigkeitsverteilung bei den Diebstählen muß berücksichtigt werden, daß einzelne Probanden bis zu 34 Diebstähle begingen, und diese dann besonders stark ins Gewicht fielen. Von sechs Patienten in der Diebstahlsgruppe wurden allein 108 Diebstähle begangen, das sind 74,4%. Die restlichen 37 Diebstahlsnennungen verteilen sich auf 73,9% der Patienten, die jeweils mindestens eine Nennung in dieser Kategorie hatten. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich bei der Deliktgruppe Unterschlagung/Betrug. Die Hälfte der Patienten mit Betrugs- und Unterschlagungsdelikten beging 82% aller Betrugs- und Unterschlagungsdelikte.

Bei den Deliktkategorien, die unmittelbar auf die körperliche Unversehrtheit abzielen (Körperverletzung, Tötung) gibt es eine solche Aufsplitterung der Häufigkeiten zugunsten nur weniger Patienten nicht.

Insgesamt wurden 391 Delikte begangen, die unmittelbar in die Unterbringungserörterung der Strafkammern einfließen, also 3,91 Delikte pro Patient. Waren aber nur

Delikte berücksichtigt, die sich auf Angriffe gegen die körperliche Unversehrtheit beziehen (Körperverletzung, vorsätzliche Tötung, versuchte Tötung, Vergewaltigung), dann sind das insgesamt 72 Delikte, 0,72 Delikte pro Patient.

Die Erfassung der Vorstrafen (Tab. S. 68 u. 69) ergab 8,29 Vorstrafen pro Patient. Die Vorstrafen entfallen insbesondere auf Diebstahlsdelikte (378), Raub (172) und Unterschlagung (77). Delikte, die sich auf körperliche Angriffe beziehen, also Körperverletzung, Tötung und Vergewaltigung wurden insgesamt 48mal genannt, also 0,48 schwere Vorstrafendelikte pro Patient. Beim Vergleich von Vorstrafen und Unterbringungsdelikten ist bezüglich der "leichteren" Delikte kaum ein Unterschied in der Häufung zu entdecken. Die Häufigkeitsfächerung der Diebstahls- und Unterschlagungsdelikte ist ähnlich. Wenige Patienten haben einen großen Anteil an der extremen Häufung solcher Delikte. Es läßt sich daher nicht bestätigen, daß Patienten mit "leichteren" Delikten möglicherweise erst nach Ablauf einer gewissen Karriere, wenn also das Nichtbeendenkönnen ihre Delinquierens Bedeutung gewinnt, im Maßregelvollzug untergebracht werden. In einem solchen Fall müßte die Streubreite bei einzelnen Deliktkategorien eine Widerspiegelung vor allem beim Einfließen in die Argumentation des Unterbringungsbeschlusses zeigen.

Bei Betrachtung der Delikte bezüglich körperlicher Integrität läßt sich anhand der Vorstrafen wenig entdecken. Obwohl in 31 Fällen vorsätzliche Tötung und

Tötungsversuch zu einer direkten Unterbringung führten, waren diese Delikte in den Vorstrafen der Probanden selten. Lediglich in einem Fall spielte Tötung bereits bei den Vorstrafen eine Rolle. Dagegen sind die Körperverletzungen bei den Vorstrafen insgesamt etwas höher, Vergewaltigung ist einmal genannt.

Beim Vergleich von Vorstrafen und Delikten, die unmittelbar zur Unterbringung in den Maßregelvollzug führten, läßt sich im Hinblick auf "einfache" Delikte kein Unterschied feststellen. Bei den Delikten, die Angriffe auf die körperliche Integrität von Personen beinhalten, ist deutlich, daß diese bei den Vorstrafen nur eine geringe Rolle spielen, für die unmittelbare Unterbringung im Maßregelvollzug jedoch von entscheidender Bedeutung sind.

Bei schwerwiegenden Delikten, also solchen, die mit Gewaltanwendung verknüpft waren, läßt sich anhand der Vorstrafen nicht ablesen, ob eine Tendenz zur Gewaltanwendung bereits bestanden hatte, denn solche Delikte sind als Vorstrafen selten. Damit wird der Schwere der Tat offenbar eine so große Bedeutung bei der Unterbringung beigemessen, daß einer abwägenden Haltung und positiven Prognosebeurteilung kaum ein Einfluß zugestanden wird.

Da aber auch wenige "leichtere" Delikte offenbar zu einer Unterbringung führten, ist bei diesen eine Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nicht mehr erkenntlich. Denn eine Serie von "Dieb-

stählen" wurde nur von wenigen Patienten begangen, deren Unterbringung aufgrund dieser Delikte erfolgte.

Tabelle 1

Die Vorstrafen im Vergleich zu den Unterbringungsdelikten

Anzahl	Diebstähle			Raubdelikte			Unterbringungsdelikte			Unterschlagungs- und Betrugsdelikte		
	Vorstrafen		Unterbringungsdelikte	Vorstrafen		Unterbringungsdelikte	Vorstrafen		Unterbringungsdelikte	Vorstrafen		Unterbringungsdelikte
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	%	N	%
1	9	22,5	9	4	80	12	3	70,6	3	15,8	3	42,8
2	8	20	3			1	5	5,9	5	26,3		
3	5	12,5	1						2	10,5		
4	4	10	2			2		11,8	2	10,5		
5	4	10	1						2	10,5		
6	3	7,5	1						3	15,8	1	14,3
7	2	5	0			2		11,8	2	10,5		
8			1									
9			1									
10	1	2,5										
11	2	5		1	20		1		1	5,3		
12	1	2,5							1	5,3		
13												
14			1								1	14,3
15												
16												
17												
18											1	14,3
19			1									
20	1	2,5										
21												
22												
23												
24			1									
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33			1								1	14,3
34												
Total	40	100	23	5	100	17	19	100	7	100		
Delikte (insgesamt)	378		145	172		14	77		90			

Tabelle 2

Die Vorstrafen im Vergleich zu den Unterbringungsdelikten

Anzahl	Brandstiftung		Unterbringungs-		Körperverletzung		Unterbringungs-		Vorsätzliche		Tötung/-versuch	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	100	4	66,6	19	67,8	11	73,3	2	100	27	87,2
2			1	16,7	7	25	1	6,7			3	9,6
3					1	3,6	2	13,3				
4			1	16,7							1	3,2
5							1	6,7				
6					1	3,6						
Total	1	100	6	100	28	100	15	100	2	100	31	100

Vorstrafen pro Patient = 8,29

Einweisungsdelikte pro Patient = 3,91

Tabelle 3

Die Vorstrafen im Vergleich zu den Unterbringungsdelikten

Anzahl	Sexualität mit Kind		Vergewaltigung		Andere Sexualdelikte	
	Vorstrafen N	Unterbringungsdelikte %	Vorstrafen N	Unterbringungsdelikte %	Vorstrafen N	Unterbringungsdelikte %
1	4	40				
2	4	40			2	100
3	1	10	2	8,3		
4	1	10				
5						
6						
10						
Total	10	100	2	100	4	100
Delikte (insgesamt)	19	16	4	11	18	11
Anzahl	Straßenverkehrsdelikte		Sonstige Delikte		Andere Sexualdelikte	
	Vorstrafen N	Unterbringungsdelikte %	Vorstrafen N	Unterbringungsdelikte %	Vorstrafen N	Unterbringungsdelikte %
1	3	27,3	12	31,6		
2	2	18,2	13	34,2		
3	4	36,4	7	18,4		
4	1	9,1	1	2,6		
5			1	2,6		
6			2	5,2		
7			1	2,6		
8			1	2,6		
Total	11	100	38	100	15	100
Delikte (insgesamt)	23	6	95	35		

5. ÄRZTLICHE ÜBERPRÜFUNGSGUTACHTEN

5.1. Allgemeine Bemerkungen zu den Überprüfungsgutachten

Die ärztlichen Beurteilungen zur Frage der weiteren Maßregelvollzugsunterbringung, die in den Überprüfungsgutachten eingenommen wurden, waren folgende:

In den ersten Überprüfungsgutachten (damit sind die in der Erhebung berücksichtigten frühesten Überprüfungsgutachten gemeint) befürworteten die Ärzte insgesamt sechsmal (entspricht einem Prozentrang von 6) eine Aussetzung der Unterbringung aus dem Maßregelvollzug. In den zweiten Überprüfungsgutachten erhöhte sich die ärztliche Befürwortung der Aussetzung des Maßregelvollzugs auf 16 (Prozentrang 16). Im dritten Überprüfungsgutachten (enthält das letzte Überprüfungsgutachten von 31 bereits aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten, die in der Studie Berücksichtigung fanden) erhöhte sich die ärztliche Befürwortung einer Aussetzung des Maßregelvollzugs auf 31, was einem Prozentrang von 36,9 entspricht.

Diese ärztliche Überprüfungsbegutachtung korrespondierte nun nicht unbedingt mit den Beschlüssen der Strafvollstreckungskammern. So reagierte die Strafvollstreckungskammer auf die ersten sechs ärztlichen Aussetzungsbefürwortungen mit ablehnenden Beschlüssen. Keine dieser ersten sechs ärztlichen Maßregelvollzugsaussetzungsbewilligungen wurde befürwortet.

Bei den zweiten Überprüfungsgutachten sah diese Korrespondenz zwischen ärztlicher Argumentation und Strafvollstreckungskammerargumentation schon etwas anders aus. Hier wurden 16mal Entlassungsvorschläge der Ärzte positiv von den Strafvollstreckungskammern beantwortet. Dies entspricht einer Entlassungsbefürwortung für die gesamte Anzahl positiver ärztlicher Stellungnahmen. Zwar läßt diese Beobachtung annehmen, daß auf alle Aussetzungsbefürwortungen der Ärzte von den Strafvollstreckungskammern positiv reagiert wurde. Berücksichtigung muß dabei jedoch finden, daß die 16 von den Strafvollstreckungskammern befürworteten Aussetzungen des Maßregelvollzugs aus einem Pool ausgewählt wurden, der eben zwei Überprüfungsgutachten in den Krankengeschichten aufwies. Damit wird vielleicht erklärbar, daß hier keine solchen Differenzen zwischen ärztlichen und richterlichen Argumentationen auffällig werden, wie bei den ersten Überprüfungsgutachten. Schließlich sind aufgrund dieser Erhebung alle im ersten Überprüfungsgutachten vereinten ärztlichen Stellungnahmen so ausgewählt worden, daß noch eine zweite Stellungnahme folgen mußte. Grundvoraussetzung der Erhebung war, daß die Krankenunterlagen zwei Überprüfungsgutachten enthalten sollten.

Aus dieser speziellen Bewertung geht hervor, daß insgesamt 231mal von den Ärzten eine Aussetzung der Maßregel nicht befürwortet wurde, die Befürwortung der Aussetzung der Maßregel 53mal ausgesprochen wurde.

5.2. Allgemeine Bemerkungen zur Kriterienwahl

Alle in den Überprüfungsgutachten auftauchenden Kriterien wurden statistisch erfaßt. Weil die unterschiedlichen Kriterien jedoch eine unterschiedliche Bewertung durch die Ärzte erhielten, wurde jedem Kriterium ein Normierungssystem zugeordnet. Das heißt, daß ein Kriterium sowohl eine positive als auch eine negative Wertung bekommen konnte, aber auch teilweise in seiner Entwicklung aufgezeigt werden konnte, wenn sich z.B. ein psychiatrisches Symptom gebessert hatte.

Die allgemeine Betrachtung der ärztlichen Kriterienwahl läßt lediglich Rückschlüsse darüber zu, welche Kriterien am häufigsten in den Überprüfungsgutachten diskutiert wurden.

Bei der Auszählung von Häufigkeitsnennungen einzelner Kriterien ergab sich, daß das Kriterium "Keine Änderung der Grundkrankheit" den ersten Platz einnahm. Dieses Kriterium wurde bei insgesamt 284 Überprüfungsgutachten 73mal erwähnt. Auf Platz zwei kamen die Kriterien "Patient ist kritiklos und urteilsunfähig" und "Patient war entwichen" mit jeweils 50 Nennungen, gleich gefolgt von dem Kriterium "Siehe voriges Überprüfungsgutachten" mit 49 Nennungen. Die folgenden Kriterien, die zwischen 45 und 28 Nennungen hatten, waren in der abfallenden Reihenfolge folgendermaßen aufzulisten: "Patient hat ein Wahnsystem", "Patient hat Alkohol getrunken", "Patient ist krankheitsuneinsichtig", "Patient ist zu wenig stabil", "Patient ist verbal aggressiv" und

"Patient hat Affektstörungen".

Das Resultat der Häufigkeitsnennung von Kriterien in den Überprüfungsgutachten läßt zunächst einmal keine genaue Orientierung darüber zu, welche argumentative Richtung ärztliche Gefährlichkeitsbeurteilung nimmt. Gerade weil ganz allgemein gehaltene Kriterien (teilweise geht es dabei offenbar nur um die Feststellung, ob eine zuvor diagnostizierte Erkrankung weiterhin besteht) überwiegen, aber auch die Erwähnung von speziellen psychopathologischen Phänomen folgt, scheint sich aufgrund der Häufigkeitsauszählung lediglich ein Kriterienkonglomerat zusammenzuballen, das wenig Einsicht in die Gefährlichkeitsbeurteilung zuläßt.

Nur ein Kriterium bleibt in dieser Kriteriensammlung übrig, das sich ganz konkret mit einer Form aggressiven Verhaltens beschäftigt, das der Beschreibung "verbaler Aggressivität".

In den Überprüfungsgutachten wird dagegen selten auf die ursprünglich zur Unterbringung führenden Delikte eingegangen. Nur in acht Überprüfungsgutachten wurde das ursprüngliche Delikt im Zusammenhang mit den psychopathologischen Befunden ausführlich diskutiert.

In insgesamt 284 Überprüfungsgutachten wurden 1608 Kriterien beschrieben. Das sind durchschnittlich 5,66 Kriterien pro Überprüfungsgutachten. Da die Kriterien für die einzelnen Überprüfungsgutachtengruppen aufgezählt werden konnten, ergab sich, daß in den "ersten Überprüfungsgutachten" 5,76 Kriterien auf ein Über-

prüfungsgutachten entfielen, in der Gruppe "zweite Überprüfungsgutachten" waren es 5,61 Kriterien pro Überprüfungsgutachten und in der Gruppe "dritte Überprüfungsgutachten" waren es 5,67 Kriterien pro Überprüfungsgutachten.

5.3. Kriterienvergleich: Ärztliche Entlassungsbefürwortung mit abgelehnter Entlassungsbefürwortung

Inwieweit sich eine unterschiedliche ärztliche Bewertung in den Überprüfungsgutachten ausdrückt, war weiter zu untersuchen. Es wurde vermutet, daß Ärzte andere Maßstäbe in der Beurteilung oder andere Kriterien in der Begutachtung anwenden würden, wenn sie eine Aussetzung befürworteten, als wenn sie dies nicht täten.

Diese Untersuchung legten den zweiten Schwerpunkt auf die von der Klinik unterschiedlich benutzten Kriterien, abhängig davon, ob nun der Patient weiter im Maßregelvollzug verbleibt oder nicht.

Es wurde erwartet, daß bei einem Vergleich der durch die Datenauswertung gewonnenen Kriterien signifikante Unterschiede erkennbar würden.

Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden Kreuztabellen erstellt, die für jedes psychiatrische Kriterium verglichen, ob dieses Kriterium mehr dann benutzt wurde, wenn eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung zu erwarten war oder wenn ein weiterer Verbleib im

Maßregelvollzug zur Diskussion stand. Es sollten somit ärztliche Kriterien identifiziert werden, die in besonderer Häufigkeit mit einer anstehenden Entlassung oder einem weiteren Maßregelvollzugsverbleib korrelierten.

Für die einzelnen Überprüfungsgutachten wurden die entsprechenden und herausragendsten Kriterien gemäß ihrer Signifikanz so aneinandergereiht, daß an erster Stelle die mit einem besonders deutlichen Differenzierungscharakter behafteten Kriterien gesetzt wurden.

Im ersten Überprüfungsgutachten gab es lediglich ein signifikantes Differenzierungskriterium. Es handelt sich um die Einschätzung der Kritik- und Urteilsfähigkeit. Dieses Kriterium trat nur auf, wenn eine weitere Maßregelvollzugsunterbringung zur Diskussion stand.

In den zweiten Überprüfungsgutachten konnten fünf Kriterien identifiziert werden, die den Ärzten brauchbar erschienen, zwischen Entlassung und weiterer Unterbringung zu differenzieren.

An erster Stelle ist das Kriterium "keine Änderung der Grundkrankheit" zu nehmen. Wenn eine positive Beantwortung dieses Kriteriums erfolgte, dann war daran eine weitere Unterbringung gekoppelt. Eine gleiche Folgereaktion war zu erwarten, wenn die Ärzte feststellten, daß sich die Grundkrankheit sogar verschlechtert hatte.

War die psychiatrische Erkrankung "durch Medikamente nicht therapierbar", so führte auch diese Kriterien-isolierung zu 100% zu einer weiteren Unterbringung. Eine gleiche Schlußfolgerung hatte dieses Kriterium, wenn die Ärzte feststellen mußten, daß sich "trotz Behandlung mit Medikamenten keine Besserung" herstellen ließ oder sogar "trotz medikamentöser Behandlung eine Verschlechterung" des Krankheitsbildes sich entwickelte.

Einen großen Einfluß auf die weitere Unterbringung im Maßregelvollzug hatte der psychiatrische Hinweis auf das vorangegangene Überprüfungsgutachten. So war ein solcher Hinweis mit einer Ablehnung der Aussetzungsbefürwortung gekoppelt, wenn die Feststellung erfolgte, daß "insgesamt keine Änderung" zu beobachten sei, so verteilt sich diese Beurteilung zu 88% auf Patienten, die eine weitere Unterbringung zu erwarten hatten.

Von Bedeutung war auch die Feststellung, ob ein Patient genug "stabilisiert" erschien. Bei zu geringer Stabilisierung war mit einer weiteren Unterbringung zu rechnen, erfolgte eine "Besserung der Unstabilisiert-heit", so verteilte sich dieses Merkmal in 66% auf Patienten, die mit einer Entlassungsbefürwortung rechnen konnten.

Das Kriterium "rehabilitationsunfähig" ist an den Schluß zu reihen (Signifikanz: 0.0736). Wenn "Rehabilitationsversuche fehlgeschlagen" waren oder "Rehabilitationsmaßnahmen noch nötig" waren, dann war mit

Sicherheit die weitere Unterbringung zu erwarten. Auch wenn die Rehabilitationsmaßnahmen noch im Stadium der Planung steckten, war mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer weiteren Unterbringung zu rechnen (85% dieses Merkmals entfielen auf Patienten mit nachfolgender Unterbringungsverlängerung".

In den dritten Überprüfungsgutachten spielte wiederum das Kriterium "siehe voriges Überprüfungsgutachten" eine entscheidende Rolle (Signifikanz: 0.0006). Von dieser ärztlichen Feststellung entfielen 62% auf Patienten, die eine Entlassung erwarteten; 39% dieses Merkmals entfielen auf Patienten, die mit einem weiteren Verbleib rechnen mußten. War insgesamt nur eine geringe Besserung eingetreten, so konnte der Patient einen weiteren Klinikaufenthalt erwarten.

War die "Arbeitstherapie oder Beschäftigungstherapie abgebrochen" worden oder stellte sich gar eine völlige Unfähigkeit des Patienten bei solchen Therapien heraus, dann war mit einer negativen Beurteilung zu rechnen, auch noch dann, wenn ausdrücklich festgestellt wurde, daß der Patient die Therapie "wiederaufgenommen" hatte.

Die Kriterien "Kritik- und Urteilsfähigkeit", "Rehabilitationsunfähigkeit" und "zu wenig stabilisiert" folgen als weitere wichtige Kriterien. Dabei ist die Bestätigung, daß ein Patient "kritiklos" sei und zu wenig stabilisiert sei, mit der weiteren Unterbringung im Maßregelvollzugssystem verknüpft. Wenn der Patient jedoch im Rehabilitationsprogramm war und dieses Kriterium ausdrücklich seine Erwähnung findet, dann hatte

der Patient gute Hoffnung, daß der Arzt eine Entlassungsprognose gut bewertete. War eine solche Rehabilitation jedoch nur geplant, dann hatte er seinen Entlassungswunsch noch etwas zurückzunehmen.

5.4. Korrelation: Delikte und Kriterien

Um herauszufiltern, inwieweit ein Zusammenhang zwischen den der Maßregelvollzugsunterbringung unmittelbar vorangegangenen Delikten und den psychiatrischen Kriterien besteht, wurden die Deliktgruppen mit den psychiatrischen Kriterien in Kreuztabellen einander gegenübergestellt. Zu diesem Zweck wurden die Delikte in vier Gruppen unterteilt. Eine Gruppe enthielt alle mit körperlicher Gewalt verknüpften Delikte: Körperverletzung, vorsätzliche Tötung sowie Tötungsversuch. In einer zweiten Gruppe wurden die Sexualdelikte zusammengefaßt: Sexualität mit Kind, Vergewaltigung, sonstige Sexualdelikte. Die dritte Gruppe enthielt alle mit Eigentumsdelinquenz in Zusammenhang stehenden Delikte: Diebstahl, Raub, Unterschlagung. In der vierten Gruppe waren die restlichen Delikte zusammengefaßt.

In den ersten Überprüfungsgutachten bot nur die Frage der Prognose eine signifikante Korrelation ($S = 0.0822$). Bei genauer Betrachtung war die Frage der Prognose jedoch nur bei den Gewaltdelikten mit recht unterschiedlichen ärztlichen Standpunkten besetzt. So wurde dahingehend Stellung bezogen, daß "eine Prognose nicht gestellt werden könnte", daß "die Prognose

infaust" sei. Auf diese beiden Einschätzungen entfielen immerhin 67,7%, wenn die Prognosefrage bei Patienten mit vorangegangenen Gewaltdelikten überhaupt erörtert wurde. Obwohl diese Frage insgesamt von den Psychiatern selten diskutiert wurde - zumindest wurde diese Frage in den Überprüfungsgutachten nicht so eindeutig angesprochen - war doch eine intensive Beschäftigung der Psychiater mit dieser Problematik durchaus ersichtlich, wenn sie einen Patienten mit einer Gewaltdelinquenzkarriere vor sich hatten. 25% der psychiatrischen Erörterungen über die Frage der Prognose kamen dann auch zu einem positiven Ergebnis und bekannten sich zu einer guten Prognose.

In den zweiten Gutachten tauchten mit einer Signifikanz von 0.0293 die Beurteilungen zur "Existenzunfähigkeit" und mit einer Signifikanz von $S = 0.0719$ die zur Einschätzung der "Realitätsfremdheit" auf.

55% der Beurteilung "existenzunfähig" entfielen auf Patienten mit vorangegangenen Gewaltdelikten, 22% auf Patienten mit Eigentumsdelikten und 11% auf Sexualdelinquente.

Ob die Beurteilung eines zukünftigen delinquenten Verhaltens durch seine "Existenzunfähigkeit" in Richtung Gewalttätigkeit zu beschreiben ist, ist sicherlich zweifelhaft. Am ehesten wäre dieses Kriterium zur Einschätzung einer Selbstgefährdung brauchbar. Den Psychiatern, die die "Existenzunfähigkeit" in ihren Überprüfungsgutachten mitaufgenommen hatten, scheint

nicht bewußt geworden zu sein, daß sie eine Gefährdung anderer durch den Patienten aufzuzeigen haben. Da aber gerade bei Patienten mit einem begangenen Gewaltdelikt dieses Kriterium einen erheblichen Beliebtheitsgrad besitzt, scheint bei diesen Gutachtern Selbstgefährdung mit Fremdgefährdung übereinzustimmen.

Probanden, denen eine "Realitätsfremdheit" attestiert wurde, hatten vor allem Eigentumsdelikte begangen. 43% dieser Kriteriennennung entfallen auf Patienten mit Eigentumsdelinquenz, 29% auf Patienten mit vorangegangenen Gewaltdelikten.

In den dritten Überprüfungsgutachten ergaben sich relevante Ergebnisse, wenn das Symptom "Wahnsystem" ($S = 0.0213$), das mit 54% auf Patienten mit begangenen Gewaltdelikten entfiel, betrachtet wurde. Die Beurteilung der "Kritiklosigkeit" ($S = 0.0231$) verteilte sich vor allem auf Patienten mit einer vorangegangenen Eigentumsdelinquenz (38,5%), vorangegangenen Gewaltdelikten (30,8%) und den anderen Delikten (15,4%). Als "zu wenig stabil" wurden die Sexualdelinquenten und die Patienten mit anderen Delikten, die insgesamt 91% dieser Beurteilung auf sich vereinigen konnten, angesehen ($S = 0.0658$).

Als ein entscheidendes Kriterium, um zwischen Deliktgruppen zu differenzieren, erwies sich die Beurteilung zu dem Kriterium "Patient sieht das Unrecht der Tat nicht ein" ($S = 0.0719$). Dieses Kriterium entfiel zu 42,9% auf Patienten mit vorangegangener Gewaltdelin-

quenz, zu 28,6% auf Sexualdelinquente.

5.5. Vergleich: Diagnosen mit Kriterien

Durch die Aufstellung von Kreuztabellen wurde verglichen, inwieweit signifikante Unterschiede in der ärztlichen Kriterienwahl auftreten, wenn als trennende Einheit die Diagnosen herangezogen werden. Die These, daß möglicherweise der Diagnostizierungsprozeß und damit insbesondere die psychopathologischen Erhebungen der Psychiater zum großen Teil in die Prognosebeurteilung einfließen, lag dieser Überlegung zugrunde. Somit müßte sich die Kriterienwahl einzelner Diagnosen signifikant unterscheiden, wenn die Vermutung in Erwägung gezogen wird, daß die unterschiedlichen Diagnosegruppen durch psychopathologische Merkmale streng voneinander abgegrenzt sind, und wenn diese psychopathologischen Merkmale in die Überprüfungsbegutachtung einfließen, müßte auch eine auffallend unterschiedliche Kriterienwahl bei den einzelnen Diagnosegruppen hervorstechen.

In den ersten Überprüfungsgutachten ermöglichte lediglich das Kriterium "außenarbeitsunfähig" eine signifikante Trennung der Diagnosen voneinander ($S = 0.0404$). Nur in der Diagnosegruppe "Schizophrenie" wurde das Kriterium "außenarbeitsfähig" von den Psychiatern beurteilt; Suchtpatienten waren als "außenarbeitsunfähig" eingestuft; Patienten mit der Diagnose "Persönlichkeitsstörung" waren bereits in der Außenarbeit integriert.

In den zweiten Überprüfungsgutachten stach das Merkmal "Verhaltensstörung" mit einer Signifikanz von 0.0173 besonders hervor. Patienten der Psychosegruppe galten nur als "verhaltensgestört", wogegen bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung lediglich die Feststellung zutraf, daß sich ihre Verhaltensstörung gebessert hatte. Das Merkmal der Verhaltensstörung entfiel in wesentlich höherem Anteil (62,5%) auf psychotische Patienten, 25% dieser Beurteilung "verhaltensgestört" traf auf Patienten mit einer Suchterkrankung zu und 12,5% auf Patienten mit einer hirnorganischen Störung.

Die Beurteilung der Arbeitstherapie lag mit einer Signifikanz von 0.0463 an zweiter Stelle. Während bei psychotischen Patienten ebenso häufig wie bei Persönlichkeitsgestörten die "regelmäßige Teilnahme" an der Arbeitstherapie attestiert wurde, war ein als vorbildlich eingestuftes Verhalten in der Arbeitstherapie eine typische Feststellung, die psychotischen Patienten anhaftete.

Die Beurteilung der "Unruhe" fiel mit einer Signifikanz von 0.0611 ins Gewicht. Hier bezog sich die Beschreibung dieses Merkmals besonders stark auf psychotische Patienten, denen das Kriterium "Patient ist unruhig" alleine vorbehalten blieb, wie auch die Beurteilung, daß der "Patient nicht unruhig" gewesen war, nur dieser Patientengruppe anhing. Die Besserung von Unruhezuständen traf wiederum nur auf hirnorganische Patienten und persönlichkeitsgestörte Patienten zu.

In den dritten Überprüfungsgutachten bot nur das Kriterium "irreale Zukunftsperspektive" eine zu berücksichtigende Signifikanz ($S = 0.0916$). Diese "irreale Zukunftsperspektive" wurde allein bei psychotischen Patienten angenommen, eine Besserung einer zuvor bestandenen "irrealen Zukunftsperspektive" gab es nur bei hirnnorganisch Erkrankten; Suchtpatienten wurde sogar eine "reale Zukunftsperspektive" zugebilligt.

Von großer Differenzierungsstärke erwiesen sich die den ersten Überprüfungsgutachten nachfolgenden Beschlüsse der Strafvollstreckungskammern ($S = 0.00013$). Eine diagnosespezifische Abhängigkeit richterlicher Argumentation ergab sich insoweit, als den ärztlichen Begutachtungsbegründungen eher gefolgt wurde, wenn Patienten an einer Psychose, einer hirnnorganischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung erkrankt waren. Hatten die Patienten eine Suchterkrankung, dann ging die Strafvollstreckungskammer (33,3% der Überprüfungsgutachten von Suchtpatienten) teilweise zwar auf die Argumente der ärztlichen Standpunkte ein, stand aber letztendlich der ärztlichen Argumentation ablehnend gegenüber.

Daß die Strafvollstreckungskammer bei Überprüfungsgutachten von psychotischen und hirnnorganisch-erkrankten Patienten in einem erheblichen Anteil (30,8% und 42,1%) die Argumente der Ärzte nur teilweise beachtete, dem Urteil der Ärzte aber vollständig folgte, ließe eher eine geringe Prüfung dieser Überprüfungsgutachten durch

die Strafvollstreckungskammer vermuten. Ebenso könnte ein gewisses Desinteresse bei der Abfassung von Unterbringungsbeschlüssen gerade diesen Patienten gegenüber angenommen werden.

5.6. Beurteilungskriterien im Vergleich mit der Schuldfähigkeit und den §§ 63 und 64 StGB

Hier war das Augenmerk auf den differenzierenden Einfluß der Unterbringungsmodi (§§ 63 und 64 StGB) sowie der Schuld minderungen im Unterbringungsbeschluß (§§ 20 und 21 StGB) auf die ärztliche Kriterienwahl in den Überprüfungsgutachten gerichtet.

In den ersten Überprüfungsgutachten war die Beurteilung des Kriteriums "Kritik- und Urteilsfähigkeit" mit einer Signifikanz von $S = 0.0348$ das herausragendste Merkmal. Die Nennung dieses Kriteriums mit der Charakterisierung, daß der Patient "kritiklos und urteilsunfähig" sei, wurde zu 90% nur Patienten zugeschrieben, die gemäß § 63 StGB untergebracht waren. Zusätzlich ist erwähnenswert, daß in 20% aller Überprüfungsgutachten dieses Kriterium "kritiklos und urteilsfähig" Erwähnung fand.

Die Bewertung der Außenarbeitsfähigkeit rangierte mit einer Signifikanz von 0.0821 an zweiter Stelle. Bei Patienten mit einer Einweisung gemäß § 63 StGB wurde sehr viel Wert auf die Tatsache gelegt, daß sie bereits in der Außenarbeit beschäftigt sind. In 66% wurde die Tatsache einer Außenarbeit bei diesen Patienten er-

wähnt, in 33% dagegen beschrieben, daß diese Patienten als "außenarbeitsunfähig" zu beurteilen sind.

Bei den Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht waren, wurden die oben erwähnten Beurteilungen, also daß Patienten bereits in der Außenarbeit tätig waren oder daß eine Außenarbeitsunfähigkeit bestand, nicht berücksichtigt. Lediglich die Tatsache, daß diese Patienten außenarbeitsunfähig waren, stand im Vordergrund der Beurteilung (100% der Beurteilungen bei nach § 64 StGB untergebrachten Patienten fielen auf die Feststellung der Außenarbeitsunfähigkeit).

Eine signifikante Kriteriendifferenzierung ergab sich nicht, wenn die Schuldfähigkeitsbeurteilung als trennende Bewertungseinheit herangezogen wurde.

Als erwähnenswerter Punkt muß an dieser Stelle noch berücksichtigt werden, daß ein signifikanter Unterschied ($S = 0.0114$) auffiel, wenn die Reaktion der Strafvollstreckungskammer auf die Überprüfungsgutachten beleuchtet wurde. So benutzte die Strafvollstreckungskammer in ihren Beschlüssen in 31,9% der 63er Patienten lediglich wenige Argumente und Beurteilungen der Überprüfungsgutachten, in 5,6% der 63er Patienten wurden die ärztlichen Beurteilungen überhaupt nicht erwähnt.

In den zweiten Überprüfungsgutachten ergaben sich nur signifikante Unterscheidungen der beiden Patientengruppen bei der Beurteilung ihrer Leistungen in den Arbeitstherapien.

Mit einer Signifikanz von 0.0007 wurde die Beurteilung, wie ein Patient sich in der Arbeitstherapie verhielt, entscheidend gewichtendes Argument bei Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht waren. Während bei den 64er Patienten lediglich einmal erwähnt wurde, daß die Arbeitstherapie wieder aufgenommen wurde, wurde in 52,9% die vorbildliche Arbeits- und Beschäftigungstherapieleistung bewertet und fand ebenso wie die positiv beurteilte regelmäßige Arbeits- und Beschäftigungstherapieeteilnahme, die mit 35,3% Gewichtung fand, nur bei der Beurteilung von Patienten gemäß § 63 StGB Untergebrachter Merkmalsbedeutung. Eine ähnliche Stellung nimmt die Beurteilung der "Außenarbeitsfähigkeit" ein. Die Signifikanz beträgt hier 0.0498 und war bei beiden Unterscheidungsklassen (§§ 20 gegen 21 StGB und §§ 63 gegen 64 StGB) gleich groß. So entfielen 66,7% der Beurteilungen auf die Feststellung der Außenarbeitsfähigkeit, und diese Feststellung wurde lediglich beschrieben, wenn Patienten entweder gemäß § 63 StGB untergebracht waren oder wenn im Unterbringungsurteil eine Schuldunfähigkeit festgestellt worden war.

Interessant dürfte der signifikante Unterschied der Prognosebewertung ($S = 0.0007$) sein. 23,5% aller Kriterien, die eine Prognose überhaupt beurteilen, kommen zu der Feststellung, die "Maßregel ist sinnlos". Diese Feststellung, daß die Maßregel sinnlos sei, wird nur beschrieben, wenn ein Patient gemäß § 64 StGB untergebracht ist. Die sich hier darstellende Problematik ist juristischer Art und spezifisch für Patienten, die gemäß § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebracht sind.

Denn nach § 64 Abs. 2 StGB hat die Anordnung der Maßregel zu unterbleiben, wenn die Entziehungskur von vornherein aussichtslos ist. In den entsprechenden Überprüfungsgutachten wird jedoch auf die nachträgliche Anwendung des § 64 Abs. 2 StGB angesprochen, die auf die Erledigung der Maßregel wegen Aussichtslosigkeit abhebt. In einem solchen Fall wäre subsidiär zu verfahren: bei guter Sozialprognose eine Maßregelvollzugsaussetzung, sonst und bei noch abzubüßender Freiheitsstrafe eine Zurückverlegung in den Strafvollzug (§ 67c Abs. 2 StGB).

In dieser Problemstellung des § 64 StGB Abs. 2 StGB liegt aber die Gefahr, "daß die vorgeschlagene Handhabung zu einem Instrument der therapeutischen Resignation wird" (Horstkotte LK, § 67c Rn 10) und "im Vollstreckungsverfahren der Eintritt in den Strafvollzug" angeordnet wird.

Alle anderen Prognosestellungen beziehen sich auf Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht sind. Sie schließen, daß "eine Prognosefeststellung nicht möglich" (17,6%), die "Prognose infaust" sei (17,6%), oder die "Prognose positiv zu beurteilen" sei (41,2%).

In den dritten Überprüfungsgutachten war die Bewertung oder die Feststellung eines Wahnsystems von großer Tragweite ($S = 0.00041$). Ihre bloße Feststellung (81.8%) spielt lediglich bei der Bewertung von 63er Patienten eine Rolle bzw. bei Patienten, deren Schuldunfähigkeit im Unterbringungsurteil ausgesprochen wurde.

Die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit wird mit einer Signifikanz von 0.0293 zweitwichtigstes Differenzierungskriterium. So wurden die Tatsachen, daß Patienten sich im Rehabilitationsprogramm befanden (55,6%) und daß eine Rehabilitation ausdrücklich geplant war (22,2%) in den Überprüfungsgutachten von 63er Patienten benutzt.

Weitere Merkmale sind die Feststellung der verbalen Aggressivität und der Mißbrauch von Freizügigkeiten.

Die verbale Aggressivität als bloße Feststellung wurde in 30% erwähnt, spielte nur bei schuldgeminderten Patienten eine Rolle, während die besondere Intensität (30% der Kriterien "verbal aggressiv") nur bei zum Tatzeitpunkt schuldunfähigen Patienten Berücksichtigung fand. Die Besserung dieses Merkmals fand ebenso häufig bei schuldaufgehobenen wie bei schuldgeminderten Patienten Berücksichtigung.

Das Kriterium "Mißbrauch der Freizügigkeit" ($S = 0.0838$) fand insbesondere seine negative Bewertung ("Freizügigkeiten mißbraucht" = 29%) bei Patienten, die nach § 64 StGB eingewiesen waren, Bedeutung, während die 63er Patienten eher attestiert bekamen (43%) daß sie keine Freizügigkeiten mißbrauchten.

Bei der abschließenden Betrachtung, inwieweit sich die Beurteilung von gemäß § 63 StGB Untergebrachten von denen, die nach § 64 StGB untergebracht sind, voneinander unterscheidet, bleibt festzustellen, daß

erstere Patienten deutlicher als "kritiklos und urteilsunfähig" beurteilt werden, und auf die Beurteilung deren "vorbildlicher und regelmäßiger Teilnahme an der Arbeitstherapie" Wert gelegt wird. Ein Zusammenhang zwischen diesen Kriterien und dem Zweck des § 63 StGB, die Allgemeinheit vor dem Untergebrachten zu schützen, ist nicht ersichtlich, insbesondere wenn hier die Beurteilung der Arbeitstherapie mit herangezogen wird. Ganz abhanden kommt ein soweit zu diskutierender Zusammenhang, wenn die "Beschäftigung in der Außenarbeit" (gemeint ist die unbeaufsichtigte Arbeit außerhalb der Nervenklinik) so erheblich gewichtet wird, oder die Feststellung, daß "der Patient die Freizügigkeiten nicht mißbraucht". Diese beiden Kriterien, die ganz offensichtlich nur etwas über die geringen Sicherheitsmaßnahmen aussagen, stehen ganz im Gegensatz zum Sicherungszweck des § 63 StGB. Die letzten Kriterien ließen eher die Frage aufkommen, ob der Sicherungszweck noch angebracht wäre.

Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind und bei denen "ein Hang zu alkoholischen Getränken oder anderen berauschenden Mitteln" sowie "eine Gefahr, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird" (§ 64 Abs. 1 StGB), zu beurteilen ist, haben in ihren Überprüfungsgutachten ebenso keine dieser Fragestellung spezifischen Kriterien.

In ihrer Begutachtung wird zwar darauf Wert gelegt, daß die Patienten außenarbeitsfähig sind, aber ein Kriterium, das in irgendeiner Weise eine "suchtspezifische"

Beschreibung oder Diskussion zulassen könnte, fehlt. Auch wenn diese Patienten häufig die "Freizügigkeiten mißbrauchten" und dieses Erwähnung in den Überprüfungsgutachten fand, so ist auch daraus kein Zusammenhang mit einem Suchtsymptom zu sehen.

Bei Vergleich der Überprüfungsgutachten von 63er und 64er Patienten lassen sich zwar Unterschiede in der Kriterienwahl der Gutachter erkennen, doch konnte diese unterschiedliche Kriterienwahl nicht aufzeigen, daß sie gleichzeitig eine Diskussion der in den Unterbringungsparagraphen typischen Problematik der Gefährlichkeit widerspiegeln. Eher entsteht der Eindruck, daß Patienten in den Überprüfungsgutachten unreflektiert mit ihrer Symptomatologie beschrieben werden, ohne daß die juristischen Fragen überhaupt aufgegriffen wurden.

5.7. Vergleich: Unterbringungslänge mit Kriterienhäufung

Als Voraussetzung eines solchen Vergleichs wurden vergleichbare Gruppen geschaffen. Zu diesem Zweck wurde der Median gebildet. Er betrug 58 Monate. Damit waren in der einen Gruppe alle die Patienten, die weniger als 58 Monate im Maßregelvollzug verbracht hatten, in einer zweiten Gruppe alle Patienten, die mehr als 58 Monate einer Maßregelvollzugsunterbringung hinter sich hatten.

Beide Patientengruppen wurden nun anhand von Kreuzta-
bellen miteinander verglichen.

In den ersten Überprüfungsgutachten war die Variable "Patient ist durch die Medikamente nicht therapierbar" diejenige gewesen, die die deutlichste Signifikanz aufwies ($S = 0.0541$). So fand die bloße Feststellung, daß ein Patient bzw. seine Erkrankung nicht durch Medikamente zu therapieren sei, lediglich Erwähnung bei Patienten, die mehr als 58 Monate im Maßregelvollzug verbracht hatten. Auch wenn die länger im Maßregelvollzug verbliebenen Patienten durchaus noch die Beurteilung erhielten, daß eine medikamentöse Behandlung Erfolg haben könnte, so wurden diese Bewertungen zu zwei Dritteln den kürzer Verweilenden zugebilligt, den länger Verweilenden nur zu einem Drittel.

Das Kriterium, daß "trotz medikamentöser Behandlung eine Verschlechterung des Krankheitsbildes" eingetreten sei, war jedoch wesentlich häufiger (71%) bei Patienten angeführt worden, die weniger als 58 Monate im Maßregelvollzug verweilten.

Die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit spielte ebenso eine differenzierende Rolle ($S = 0.0809$). Ausdrückliche Rehabilitationsplanungen entfielen zu 86% auf kürzer untergebrachte Patienten, während bei länger untergebrachten Patienten eher ins Gewicht fiel, daß bereits ein Versuch fehlgeschlagen war (60%), oder daß der Patient sogar völlig rehabilitationsunfähig wäre (100%).

Die Feststellung der Außenarbeitsunfähigkeit ($S = 0.0821$) oder der "Kritik- und Urteilsunfähigkeit" ($S = 0.0947$) bot ebenso signifikante Unterschiede. Bei kürzer untergebrachten Patienten wurde eher beschrieben, daß sie durchaus "außenarbeitsfähig" (100%) seien, während die länger untergebrachten bereits in der "Außenarbeit" waren (100%). Als "kritiklos und urteilsunfähig" wurden eher Langzeitpatienten charakterisiert, wobei diesen ein Prozentsatz von 75% zufiel. Eine weitere Differenzierung dieses Kriteriums in Richtung Besserung oder Heilung fand bei den Langzeitpatienten nicht mehr statt, während dies bei den "Kurzzeitpatienten" eine deutlichere Ausprägung hatte.

Die zweiten Überprüfungsgutachten hatten als wesentliches Differenzierungsmerkmal zwischen den beiden Patientengruppen die Beurteilung der sogenannten Triebstörung herausgefiltert ($S = 0.0453$). Während bei kürzer im Maßregelvollzug verweilenden Patienten sogar eine "Trieblosigkeit" attestiert wurde (100% der Kriteriumerwähnung entfielen auf diese Patienten), so übernahmen die langverweilenden Patienten 80% der Beurteilung "Triebstörung". Immerhin fand jedoch auch bei Langzeitpatienten Erwähnung (ein Prozentrang von 43 entfällt darauf bei allen Nennungen dieses Kriteriums bei Langzeitpatienten), daß eine Triebstörung sich besserte oder eine abnehmende Tendenz zu verzeichnen hatte.

Der Hinweis "siehe voriges Überprüfungsgutachten" zeigte einen stark differenzierenden Charakter beider Patientengruppen. So fand sich im Überprüfungsgutachten von Patienten, die mehr als 58 Monate im Maßregelvollzug verbracht hatten, häufiger der Hinweis auf das vorherige Überprüfungsgutachten (80%). Auch die Ermittlung, daß "insgesamt keine Änderung des Zustandes" eingetreten sei, fand sich in den Überprüfungsgutachten länger untergebrachter Patienten in größerer Häufigkeit (70%). Insgesamt entfallen bei der Beschreibung dieses Kriteriums 59% auf die Beurteilung der Änderungslosigkeit, wobei diese Kategorie zu 45% die länger untergebrachten Patienten betrifft.

In den dritten Überprüfungsgutachten war nur bei der Beurteilung des Wahnsystems ein signifikantes Unterscheidungsmerkmal zu finden ($S = 0.0811$). 82% dieses Kriteriums beziehen sich auf die Feststellung eines Wahnsystems, wovon 73% auf Langzeitpatienten entfallen.

Bei zusammenfassender Würdigung können folgende Schlüsse gezogen werden:

Bei Patienten, die kürzer im Maßregelvollzug untergebracht waren, wurde eher eine sogenannte Trieblosigkeit angenommen. Auch wurde eher beschrieben, daß eine medikamentöse Therapie in Zukunft durchaus Erfolge zeigen könnte oder daß durch eine medikamentöse Therapie sich das Befinden des Patienten verschlechtert hatte. Die Patienten hatten keinen fehlgeschlagenen Versuch im Rehabilitationsprogramm, die Rehabilita-

tionsplanungen waren recht zuversichtlich. Auf ein früheres Überprüfungsgutachten wurde weniger hingewiesen, ebenso auch nicht auf ein Stagnieren des Befindens. Im Gegensatz dazu wurde bei Langzeitpatienten eher eine sogenannte Triebstörung beschrieben oder eine Besserung bzw. Abnahme einer sogenannten Triebstörung konstatiert. Der Hinweis auf ein früheres Überprüfungsgutachten fand häufiger statt, das Stagnieren des "Krankheitsverlaufes" wurde häufiger erwähnt. Solche Patienten hatten Fehlschläge in der Rehabilitation hingenommen und waren häufiger "durch Medikamente nicht zu therapieren".

5.8. Der Einfluß einer günstigen Prognosebeurteilung auf die Kriterienwahl

Bisher wurden die einzelnen Kriterien konkret untersucht, wenn sie für die einzelnen Fragestellungen relevant waren. Die restlichen Kriterien waren dabei bisher bedeutungslos. Indem nun die Gutachtenkriterien zu Gruppen zusammengefaßt wurden, konnten auch wesentlich größere Kriteriennennungen miteinander verglichen werden. Damit war die Hoffnung verknüpft, einen gewissen Trend in der Gutachterargumentation aufzudecken. Schließlich wurde von den Ärzten seltener in den als erste bezeichneten Gutachten eine Entlassung der Patienten in Erwägung gezogen, als in den beiden darauffolgenden Überprüfungsgutachten. Anhand der Dynamik der Kriteriengruppen zueinander könnte sich daher aufdecken lassen, inwieweit die Kriterienwahl einen Einfluß auf den psychiatrischen Umorientierungsprozeß der Prognosefindung hat.

Eine solche Überlegung entstand schon allein dadurch, daß in dieser Untersuchung insgesamt 47 Patienten enthalten sind, bei denen es sich um Maßregelvollzugspatienten handelt, deren zweites (16 Patienten) oder drittes (31 Patienten) Überprüfungsgutachten gerade das Gutachten war, das einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug unmittelbar vorausging. Die Chance, dadurch den eventuellen Umoorientierungsprozeß der Psychiater zu erfassen, der in ihren Augen eine Prognosebesserung, oder gerade den erforderlichen Entwicklungsschritt von forensischen Patienten beschreiben könnte, der ihr zukünftiges Verhalten in einer günstigen Konstellation erscheinen ließe, war durch diese Auswahl-situation von Überprüfungsgutachten aus den Krankengeschichten doch relativ berechtigt. Immerhin wurde in den ersten Überprüfungsgutachten von den Psychiatern nur viermal wegen der Besserung der Patienten eine Aussetzung der Maßregel befürwortet.

In den zweiten Überprüfungsgutachten war eine Aussetzung insgesamt 13mal vorgeschlagen, viermal eine Aussetzung wegen attestierter Aussichtslosigkeit der Behandlung und dreimal wurde sogar eine Rückverlegung in den Strafvollzug vorgeschlagen.

In den dritten Überprüfungsgutachten wurde die Aussetzung der Maßregel 34mal von den Ärzten in Betracht gezogen. Diese doch als erheblich zu beurteilende Änderung der psychiatrischen Prognosestellung, die sich in der Zeit-spanne vom ersten bis dritten Überprüfungsgutachten ergibt, müßte eine Ausrichtung aufweisen, die

aus den Überprüfungsgutachten zu entnehmen wäre.

5.9. Diagnosekriterien - Verhaltenskriterien - formalistische Kriterien

Zunächst einmal wurden drei Gruppen von Kriterien gebildet. In der ersten Gruppe waren nur solche Kriterien enthalten, die dem psychiatrischen Diagnostizierungsprozeß zuzuschreiben waren. Es handelt sich dabei um Formulierungen, die beim Beschreiben eines psychopathologischen Befundes typischerweise benutzt werden. In einer zweiten Kategorie wurden solche Kriterien gesammelt, die das Verhalten von Patienten innerhalb und außerhalb der Institution forensischer Psychiatrie beschreiben. Als formalistische Kriterien, die in einer dritten Gruppe aufgenommen wurden, wurden solche in den Überprüfungsgutachten auftauchenden Formulierungen angesehen, die mit einer Beurteilung menschlicher Psyche oder menschlichen Verhaltens nichts mehr gemeinsam haben, und die lediglich den der Institution anhaftenden Bürokratismus widerspiegeln.

Die erste Betrachtung wurde nun den einzelnen Kriteriengruppen zuteil. Wurde die Häufigkeitsbeurteilung von Diagnosekriterien auf die einzelnen Überprüfungsgutachtengruppen (erstes bis drittes Überprüfungsgutachten) erstellt, so zeigte sich, daß diese Diagnosekriterien stärker noch in den ersten Überprüfungsgutachten ins Gewicht fallen (36,03% : 31,26% : 32,69%). Auch bei der Anzahl von beschriebenen Verhaltenskri-

terien war zwischen den ersten und den letzten Überprüfungsgutachten eine als fast stabil zu beschreibende Tendenz auszumachen (33,37% : 33,75% : 32,87%).

Die Beurteilung der formalistischen Kriterien ließ eine Häufigkeitszunahme von den ersten zu den dritten Überprüfungsgutachten (30,82% : 32,32% : 36,85%) erkennen.

Um das Verhältnis der Kriteriengruppen in den einzelnen Überprüfungsgutachten beurteilen zu können, wurden auch diese Häufigkeiten miteinander verglichen (s. Tab. 4, 5 und 6 (S. 99 ff.)).

Auffällig ist in diesem Zusammenhang, daß Verhaltenskriterien den höchsten Anteil in den Überprüfungsgutachten (insgesamt über 40%) einnehmen. Die formalistischen Kriterien halten den zweiten Rang, diagnosebezogene Kriterien haben dagegen eine untergeordnete Bedeutung.

Bei genauer Betrachtung der Kriterien innerhalb der drei Überprüfungsgutachten ist eine erhebliche Häufigkeitsverteilungsänderung der Kriteriengruppen nicht zu erkennen. Lediglich die Anzahl formalistischer Kriterien steigt mit zunehmender Unterbringungslänge an, die Verhaltenskriterien bleiben in der Häufigkeit äußerst stabil und Diagnosekriterien nehmen in ihrer Häufigkeit ab. Die entscheidende Veränderung ist allerdings die Zunahme von formalistischen Kriterien, die von den ersten bis zu den dritten Überprüfungsgutachten eine ansteigende Tendenz beibehalten.

Um den Ursachen dieser tendenziellen Veränderung in der Kriterienzusammensetzung aufzuspüren, wurden zusätzlich Kreuztabellen angefertigt. Denn aus den bisherigen Ergebnissen war nur ersichtlich, daß die formalistischen Kriterien an Zahl zunehmen, also mit zunehmender Unterbringungslänge einen stärkeren Einfluß auf die Überprüfungsbegutachtung nehmen. Inwieweit die Zunahme formalistischer Kriterien in der Argumentationsumorientierung der Psychiater, die in den dritten Überprüfungsgutachten häufiger eine Entlassung befürwortete, eine Rolle spielten, war damit noch nicht geklärt.

Bei der nachfolgenden Erstellung von Kreuztabellen sollte nachgeforscht werden, welchen Einfluß die zunehmende Häufung von formalistischen Kriterien auf die Begründung der Entlassungsprognose hatte.

Beim Vergleich von Gutachten mit Entlassungsabsicht und solchen ohne Entlassungsabsicht ließ sich kein bedeutender Umorientierungsprozeß beobachten. Zwar war der Anteil von formalistischen Kriterien in den zweiten Überprüfungsgutachten mit 2,4 pro Patient gegenüber 1,8 pro Patient, die nicht entlassen werden sollte, wesentlich höher, doch ließ sich diese Tendenz in den dritten Überprüfungsgutachten nicht mehr nachvollziehen. In diesen Gutachten war der Anteil von formalistischen Kriterien in beiden Gutachtengruppen gleich, betrug 2,2 pro Patient. Diese Entwicklungstendenz ist durchaus erklärlich. Denn die mit einer Entlassungsprognose ausgestatteten Gutachten enthalten

Tabelle 7

Verteilung der Diagnosekriterien auf die Überprüfungsgutachtengruppen

	N	%
Erste Überprüfungsgutachten	151	36,03
Zweite "	131	31,26
Dritte "	115	32,69
Total	397	100

Verteilung der Verhaltenskriterien auf die Überprüfungsgutachtengruppen

Erst- Überprüfungsgutachten	266	33,37
Zweite "	269	33,75
Dritte "	220	32,87
Total	755	100

Verteilung der formalistischen Kriterien auf die Überprüfungsgutachtengruppen

Erste Überprüfungsgutachten	184	30,82
Zweite "	193	32,32
Dritte "	185	36,85
Total	562	100

Tabelle 8

Anteil der drei Kriteriengruppen an der Kriterienwahl in den Gutachten-
gruppen.

Erste Überprüfungsgutachten

	N	%
Diagnosekriterien	151	25,12
Verhaltenskriterien	266	44,25
Formalistische Kriterien	184	30,60
	601	100

Zweite Überprüfungsgutachten

Diagnosekriterien	131	22,09
Verhaltenskriterien	269	43,36
Formalistische Kriterien	193	23,54
	593	100

Dritte Überprüfungsgutachten

Diagnosekriterien	115	22,11
Verhaltenskriterien	220	42,30
Formalistische Kriterien	185	35,57
	520	100

Tabelle 9

Verteilung der formalistischen Kriterien in Überprüfungsgutachten mit einer Entlassungsabsicht der Ärzte und solchen, die eine Entlassung ablehnen (zweite Überprüfungsgutachten).

Signifikanz: 0.00038

Formalistische Kriterien	befürwortete Entlassung		nicht befürwortete Entlassung	
	N	%	N	%
Keine	2	12,5	12	14,3
1	2	12,5	27	32,1
2	7	43,8	17	20,2
3	2	12,5	20	23,8
4	-	-	7	8,3
5	1	6,3	1	1,2
6	2	12,5	0	-
Eins oder mehr	14		72	
Total	16	100	84	100
Formalistische Kriterien (insgesamt)	39		154	
Pro Gutachten	2,4		1,8	

Tabelle 10

Verteilung der formalistischen Kriterien in den Überprüfungsgutachten mit einer Entlassungsabsicht der Ärzte und solchen, die eine Entlassung ablehnen (dritte Überprüfungsgutachten).

Signifikanz: 0.0386

Formalistische Kriterien	befürwortete Entlassung		nicht befürwortete Entlassung	
	N	%	N	%
Keine	2	6,5	3	5,7
1	4	12,9	12	22,6
2	12	48,4	16	30,2
3	7	22,5	15	28,3
4	2	6,5	7	13,2
5	1	3,2		
Eins oder mehr	29		50	
Total	31	100	53	100
Formalistische Kriterien (insgesamt)	68		117	
Pro Gutachten	2,2		2,2	

stets formalistische Kriterien, die offenbar die Strafvollstreckungskammer hinsichtlich ihrer Entlassungsentcheidung wohlwollend stimmen wollen. Insbesondere sind es Fragen, die eine nachträgliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch beantworten, oder die eine Anzahl von Auflagen vorsehen, die der Patient bei seiner Entlassung einzuhalten hat. Auf der anderen Seite spielen formalistische Kriterien mit zunehmender Unterbringungslänge eine Rolle, wenn Patienten nach Meinung der Ärzte im Maßregelvollzug zu verbleiben haben. Daher sind in den dritten Überprüfungsgutachten, die eine negative Prognose enthalten, nur noch 5,7% ohne formalistisches Kriterium, obwohl es noch 14,3% in der Gruppe der zweiten Überprüfungsgutachten waren.

Die Zunahme formalistischer Kriterien mit zunehmender Unterbringungslänge hat keinen Einfluß auf die ärztliche Beurteilung.

5.10. Vergleich der negativen mit den positiven Kriterien

Da alle Kriterien der Überprüfungsgutachten eine zusätzliche Differenzierung hatten, war von vornherein nicht ersichtlich, ob den einzelnen Kriterien nun eine wohlwollende oder eine ablehnende Haltung zu entnehmen war. Deshalb wurde versucht, alle Untergruppen der einzelnen Kriterien danach aufzuteilen, ob ihnen von vornherein ein lobender (positiver) oder tadelnder (negativer) Einfluß zugesprochen werden konnte. So wurde z.B. "die Verweigerung der Arbeitstherapie" als ein negatives Kriterium gewertet, die "vorbildliche Teilnahme an der Arbeitstherapie" als ein positives Kriterium.

Tabelle 11

Der Anteil negativer Kriterien in den drei Überprüfungsgutachtengruppen

Negative Kriterien	erste ÜGA		zweite ÜGA		dritte ÜGA	
	N	%	N	%	N	%
Keine	1	1	1	1	0	0
1	6	6	9	9	15	17,8
2	18	18	16	16	12	14,3
3	9	9	17	17	13	15,5
4	18	18	17	17	13	15,5
5	11	11	15	15	18	21,4
6	13	13	15	15	5	5,9
7	7	7	5	5	3	3,6
8	9	9	2	2	2	2,4
9	5	5	2	2	1	1,2
10	1	1	0	0	2	2,4
11	1	1	1	1	0	0
12	1	1	0	0	0	0
Eins oder mehr	99	99	99	99	84	100
Total	100	100	100	100	84	100
Anzahl der negativen Kriterien (insgesamt)	473		405		316	
Negative Kriterien pro Gutachten	4,73		4,05		3,76	

Tabelle 12

Der Anteil positiver Kriterien in den drei Überprüfungsgutachtengruppen

Positive Kriterien	erste ÜGA		zweite ÜGA		dritte ÜGA	
	N	%	N	%	N	%
Keine	54	54	44	44	20	23,8
1	23	23	18	18	27	32,1
2	11	11	18	18	13	15,4
3	7	7	6	16	6	7,1
4	2	2	5	5	9	10,7
5	1	1	4	4	6	7,1
6			2	2	2	2,4
7	2	2	2	2		
8			1	1		
9					1	1,2
Eins oder mehr	46	46	56	56	64	76,2
Total	100	100	100	100	84	100
Anzahl der positiven Kriterien (insgesamt)	93		146		158	
Positive Kriterien pro Gutachten	0,93		1,46		1,88	

Auch wenn eine eindeutige Differenzierung in positive und negative Kriterien nicht immer möglich war (man könnte z.B. eine Entweichung sowohl als negatives Kriterium werten, weil sich ein Patient nicht den Unterbringungsgepflogenheiten unterzieht, aber auch als lobendes Verhalten beschreiben, wenn der Patient während seiner Entweichung beweisen kann, daß er deliktfrei bleibt), so war dennoch versucht worden, diese Einteilung aufgrund der Erfahrung aus der täglichen psychiatrischen Praxisarbeit vorzunehmen.

Die Frage, ob die Psychiater ihrer vorgenommenen Wertung treu bleiben und ob eventuell eine positivere Einstellung zum Patienten eine Rolle spielen könnte, wenn sie in ihren Überprüfungsgutachten den Patienten als weniger gefährlich beurteilten, war ebenso von Bedeutung.

Aus den Tabellen 11 und 12 ist zu entnehmen, daß die negativ besetzten Kriterien in den Überprüfungsgutachten allgemein überwiegen. So sind in den ersten Überprüfungsgutachten 4,73 negative Kriterien pro Patient errechnet worden. Dem stehen 0,93 positive Kriterien gegenüber. Mit zunehmender Unterbringungslänge verschiebt sich das Verhältnis zugunsten der positiven Kriterien. Diese veränderte Orientierung überdehnt die tendenzielle Symptombeschreibung mit vor allem negativen Kriterien jedoch nicht. So sind in den dritten Überprüfungsgutachten 1,88 positive Kriterien und 3,76 negative Kriterien pro Patient zu finden.

Diese leichte Tendenzwende ist sicherlich aus der in diesen Gutachtengruppen enthaltenen größeren Anzahl von befürworteten Entlassungen zu schlußfolgern. Offenbar werden Patienten, die aus ärztlicher Sicht entlassungswürdig sind, häufiger auch mit positiven Kriterien beschrieben.

5.11. Weitere Differenzierung der Gruppeneinteilung von Gutachtenkriterien

Eine im vorigen Kapitel eingeführte Gruppeneinteilung von Gutachtenkriterien erwies sich als nicht so aussagekräftig, weil dadurch einige Fragen nicht beantwortet werden konnten, die ursprünglich in den Thesen aufgeworfen wurden. Auch wenn die bisher gewonnenen Erkenntnisse Aussagen über die Prognosebegutachtung in der Kar-Bonhoeffer-Nervenklinik zulassen, so sind andere, möglicherweise auch in den Überprüfungsgutachten verborgene Darstellungen noch nicht ins Blickfeld gerückt.

Gemeint sind damit alle die ärztlichen Beschreibungen, die zwar nicht vordergründig eine Prognose beurteilen, uns aber darüber Auskunft geben können, was mit dem Patienten z.B. in einer forensischen Psychiatrie passiert. Interessierte uns doch in den Thesen die Frage, ob der Patient Opfer einer Institution wird, so ließe sich deren Beantwortung am ehesten finden, wenn solche Kriterien genauer betrachtet werden, die eine ärztliche Auseinandersetzung mit Therapiefragen beinhalten oder solche Beschreibungen, die Aussagen über die Beziehung

zwischen Arzt und Patient machen.

Die Schlußfolgerungen dieser Überlegungen flossen in eine weitere Differenzierung der Kriteriengruppen ein. Insgesamt wurden sechs Kriteriengruppen geschaffen.

In der ersten Gruppe waren nur solche Kriterien enthalten, die eindeutig und ausschließlich mit Symptombeschreibungen einer Psychose einhergingen. Alle anderen, auch aus dem Vokabular der Psychopathologie entlehnten Begriffe fanden ihren Platz in der Gruppe "andere psychopathologische Aussagen".

Als vordergründige Verhaltenskriterien wurden solche Aussagen gewertet, die eigentlich am deutlichsten die Interaktion zwischen Patienten und Institution bzw. den der Institution immanenten Normen herausstellen. "Institutionelle Kriterien" beinhalteten vorwiegend Kriterien, die institutionelle Regeln beschreiben, sowie die Feststellung, ob der Patient sich in diese Regeln einfügen läßt. Diese Kategorie enthält aber auch Aussagen, die am geringsten eine Kriminalprognosebeurteilung zulassen, wie z.B. die "Behandlungsbedürftigkeit". Aber auch solche Beurteilungen sind hier enthalten, die lediglich beschreiben, daß der Patient den institutionellen Anforderungen noch nicht nachgekommen ist, diese ihm aber abverlangt werden. Es entsteht der Eindruck, daß ohne Erfüllung dieser institutionellen Anforderungen, die der Patient eben in der Zukunft erfüllen sollte, eine weitere Diskussion über die Prognosefrage ausbleibt. Gemeint sind solche Kriterien,

wie "der Patient hat noch keinen Parkschein" oder "der Patient hat eine Ausgangssperre".

Weil diese Kriteriengruppe bürokratische, intrainstitutionelle Trägheit verdeutlicht, wurde auch das Kriterium "siehe voriges Überprüfungsgutachten" mitaufgenommen. Diese Beurteilung, die in einzelnen Überprüfungsgutachten alleinige ärztliche Argumentation war, ließ am ehesten die Interessenlosigkeit an Prognosebeurteilung vermuten.

Die Gruppe "negative Auseinandersetzung mit der Therapie" nahm solche Kriterien auf, die eine unumstößliche und nicht zu ändernde Krankheitssituation beschreiben, die den Eindruck erwecken, der Patient stehe am Ende einer lang andauernden Entwicklung, einer Sackgasse, aus der er in keinem Fall mehr geführt werden könnte. Resignative ärztliche Haltung gegenüber chronischen Krankheitsverläufen haftet dieser Kategorie an.

Die letzte Gruppe, die versucht, solche Kriterien zu sammeln, die eine Interaktion zwischen Patienten und Arzt beschreiben, steht unter der Überschrift "Aussagen über die Kooperation zwischen Arzt und Patienten". Im allgemeinen enthält diese Gruppe Feststellungen, die aus der therapeutischen Arbeit oder der psychologischen Auseinandersetzung mit dem Patienten erwachsen. Daher enthält diese Gruppe solche Kriterien wie "der Patient spricht nicht über sein Delikt" oder "der Patient sieht das Unrecht der Tat nicht ein". Beide Kriterien, die miteinander in Wechselwirkung stehen, drücken bereits

ein Dilemma aus. Ihnen hängt die Tendenz an, eine therapeutische Beziehung zu verhindern. Auf der einen Seite soll der Patient vertrauensvoll über die Tat-
umstände berichten, auf der anderen Seite soll er sich für diese Offenheit demütig selbst bestrafen. Ein Verständnis der Lebenskonflikte oder aktuellen situa-
tiven Gegebenheiten, die für die Deliktdynamik von Bedeutung gewesen sein könnten, wird vermieden und damit auch ein offener und selbstverständlicher Umgang mit dem Delikt des Patienten. Die Argumentation aber, der Patient möge zwar allumfassend über sein Delikt sprechen, sich dann aber selbsthassend verurteilen, verhindert eine Kooperation zwischen Arzt und Patienten, weil die gegenseitige Öffnung, Gradmesser eines therapeutischen Erfolges, ausbleibt.

Es stellt sich hier die Frage, ob der Patient selbst nicht von vornherein mehr Willen zur Kooperation anbietet, sich aber aufgrund der gemachten Enttäuschung schnell "zurückzieht". Wo sich jemand zurückzieht, muß schließlich vorher ein Kontakt gewesen sein. Auch die anderen Kriterien "zu kooperativ", "überangepaßt" und "verweigert Gespräche" verdeutlichen den mißglückten Versuch, Vertrauen zwischen Arzt und Patienten herzustellen.

Aber ganz abgelöst von der Tendenz der Kriterienbeschreibungen und ihren Inhalten in Richtung "Ablehnung des Patienten durch den Arzt" wurden die Kriterien-
gruppen durch statistische Methoden - Häufigkeitssamm-
lungen - genauer untersucht.

Wie aus den Tabellen 13, 14 und 15 ersichtlich, die auf der einen Seite die Kriterienhäufung für die einzelnen Gruppen erfassen, aber auch die Kriterienhäufung in den Gruppen pro Überprüfungsgutachten, wird zusätzlich ein Verlauf von früheren zu späteren und damit auch zu den zahlreichen Entlassungsüberprüfungsgutachten mitaufgenommen (erstes bis drittes Überprüfungsgutachten).

In der Tendenz zeichnet sich eine frühe Abnahme psychosebeschreibender Kriterien ab, die dann bis zu den dritten Überprüfungsgutachten eine Stabilität erreicht hat. Die Ausrichtung der anderen psychopathologischen Aussagen geht mit den psychosebeschreibenden Kriterien konform.

"Vordergründige Verhaltenskriterien" sind in den ersten Überprüfungsgutachten zwar ausschlaggebende Argumentationshilfen der Ärzte (1,95 Verhaltenskriterien pro Überprüfungsgutachten), doch nehmen sie in den zweiten Überprüfungsgutachten ab, um in den dritten Überprüfungsgutachten eine mit 2,02 Verhaltenskriterien pro Überprüfungsgutachten entscheidende Bedeutung zu erlangen.

"Institutionelle Kriterien" vergrößern mit zunehmender Unterbringungslänge ihren Anteil in den Gutachten beachtlich. Eine gleichgerichtete Tendenz haben die Kriterien, die eine "negative Auseinandersetzung mit der Therapie" darstellen.

Tabelle 13

Der unterschiedliche Anteil der Kriteriengruppen an den drei Überprüfungsgutachtengruppen

Kriteriengruppen	erste ÜGA		zweite ÜGA		dritte ÜGA	
	N	pro Pat.	N	pro Pat.	N	pro Pat.
Psychosekriterien	86	0,86	65	0,65	56	0,66
Andere psychopathologische Aussagen	101	1,01	93	0,93	81	0,96
Vordergründige Verhaltenskriterien	195	1,95	136	1,36	170	2,02
Institutionelle Kriterien	38	0,38	50	0,50	69	0,82
Negative Auseinandersetzung mit der Therapie	107	1,07	111	1,11	101	1,18
Aussagen über die Kooperation zwischen Arzt und Patienten	44	0,44	35	0,35	36	0,42
Insgesamt	571	5,71	490	4,90	513	6,10

Tabelle 14

Das veränderte Verhältnis von positiver und negativer Kriterienwertung im Laufe der Unterbringung

1) Psychosekriterien

	Erste ÜGA		zweite ÜGA		dritte ÜGA	
	N	%	N	%	N	%
Positive Wertung	7	8,1	12	18,5	12	20
Negative Wertung	79	91,9	53	81,5	48	80
Total	86	100	65	100	60	100

2) Andere psychopathologische Aussagen

Positive Wertung	10	9,9	20	21,5	33	34,4
Negative Wertung	91	90,1	73	78,5	63	65,6
Total	101	100	93	100	96	100

3) Vordergründige Verhaltenskriterien

Positive Wertung	31	15,9	53	39	57	28,2
Negative Wertung	164	84,1	83	61	145	71,8
Total	195	100	136	100	202	100

Tabelle 15

Das veränderte Verhältnis von positiver und negativer Kriterienwertung im Laufe der Unterbringung

4) Institutionelle Kriterien

	erste ÜGA		zweite ÜGA		dritte ÜGA	
	N	%	N	%	N	%
Positive Wertung	17	44,7	23	46	48	67,6
Negative Wertung	21	55,3	27	54	23	32,4
Total	38	100	50	100	71	100

5) Auseinandersetzung mit der Therapie

Positive Wertung	25	23,4	29	26,1	31	26,3
Negative Wertung	82	76,6	82	73,9	87	73,7
Total	107	100	111	100	118	100

6) Aussagen über die Kooperation zwischen Arzt und Patient

Positive Wertung	7	15,9	26	55,3	26	60,5
Negative Wertung	37	84,1	21	44,7	17	39,5
Total	44	100	47	100	43	100

Die enorme resignative Haltung der Ärzte, die schließlich daraus erwachsen ist, daß eine krankheitsorientierte Behandlung ohne Erfolg bleibt, ist durch diese beiden Ergebnisse festgehalten. Vom Patienten wird mit zunehmender Unterbringungslänge verlangt, daß er sich an die institutionellen Gebote hält. Damit gerät die Persönlichkeit des Probanden noch mehr aus dem Blickfeld der Begutachtung, eine angemessene Prognosebeurteilung ist damit aber nicht mehr möglich.

Die Aussagen über die Kooperation zwischen Arzt und Patienten ändern ihren Anteil mit zunehmender Unterbringungslänge nicht. Ohnehin sind sie in den Gutachten nur in geringer Anzahl vertreten. Wie weiter oben problematisiert, lassen diese Kriterien nicht erkennen, daß eine therapieorientierte Kooperation mit ihnen beschrieben wird.

Diese Interpretation wurde auf die positive und normative Wertung ausgedehnt. Eine zusätzliche Aufgliederung erschien angebracht, weil sonst eine mögliche Fehlinterpretation allein dadurch entstehen könnte, daß positive Beschreibungen den negativen Beschreibungen hinzuaddiert würden.

Die fallende Tendenz der psychosebeschreibenden Kriterien insgesamt ist begleitet von einer Zunahme der positiven Beurteilung dieser Kriterien. Das bedeutet, daß die Beschreibung von Besserungen und Heilungen von Psychosen die zunehmende Unterbringungsdauer charakterisieren.

Diese Tendenz läßt sich ebenso bei den anderen psychopathologischen Kriterien aufzeigen, die ebenso abnehmen. Die Besserungsbeschreibungen verdreifachen sich von den ersten bis zu den dritten Überprüfungsgutachten. Dieses Ergebnis läßt zwei Interpretationen zu: Die Patienten zeigen anhand ihrer Krankheitssymptome eine Besserung (Zunahme der positiven Normierung) ihrer Krankheit, je länger sie untergebracht sind. Auch die Abnahme der beschreibenden Krankheitssymptome insgesamt unterstützt diese Aussage. Es bleibt andererseits jedoch offen, inwieweit der Patient mit zunehmender Unterbringungslänge geringere Kontaktmöglichkeiten zum Arzt bekommt und damit in seiner Symptomatologie auch weniger umfassend beschrieben wird.

Eine Verlagerung der Beschreibung hin zu vordergründigen Verhaltenskriterien kann als Ausweg interpretiert werden, wenn sich nicht mehr genügend Psychopathologie zur Beschreibung anbietet. Auf der anderen Seite macht ein "vernachlässigter" Patient häufig durch auffälliges Verhalten auf sich aufmerksam, weil er sich dadurch einer längerdauernden Zuwendung in Form von Gesprächen sicher ist. Dennoch nimmt der Anteil von ärztlich beurteiltem Verhalten ab. Hier schlägt eindeutig die Tendenz von 31 Entlassungsbefürwortungen in der dritten Überprüfungsgutachtengruppe durch.

Bei den institutionellen Kriterien ist der zunehmende Anteil mit der Unterbringungsdauer an eine starke Zunahme ihrer positiven Wertung (44,7% : 67,6%) gekop-

pelt. Die Patienten passen sich den institutionellen Normen soweit an, daß sie innerhalb dieses Rahmens auch gut funktionieren. Der Erhalt des Parkscheins, das Erlauben von Ausgängen oder die Gewährung von Belastungserprobungen widerspiegeln eindeutig die Akzeptanz dieser Kriterien durch den Patienten, weil sie die Umstände seiner Unterbringung erträglicher machen.

Die Gruppe "negative Auseinandersetzung mit der Therapie", die insgesamt eine geringe Zunahme mit zunehmender Unterbringungslänge aufwies, blieb auch in ihrer negativ bewertenden Ausrichtung nach längerer Unterbringungsdauer bestehen. In den dritten Überprüfungsgutachten nimmt die negative Bewertung 73,7% ein.

Die Aussagen über die Kooperation zwischen Arzt und Patienten zeigen in ihrem Verlauf kaum eine Dynamik. Dafür war eine erhebliche Zunahme der positiven Beurteilungen von den "ersten" Überprüfungsgutachten (15,9%) zu den "dritten" Überprüfungsgutachten (60,5%) zu beobachten. Hier schlägt der enorme Einfluß der Beurteilungen, daß der "Patient gut integriert" sei, "gut angepaßt" und "kooperativ mit dem Arzt zusammenarbeite" durch. Inwieweit sich daraus jedoch in der Tat eine therapeutische Kooperation zwischen Patienten und Arzt entwickelt, wurde an diesen Kriterien nicht thematisiert. Eher entsteht auch hier der Verdacht, so wie bei den institutionellen Faktoren, daß Anpassungsbemühungen der Patienten, mit den Vertretern der Institution konfliktfrei auszukommen, durch diese Kriterien ausgedrückt werden.

5.12. Beschreibung von aggressivem Verhalten

Von weiterem Interesse war, wie häufig eigentlich gewalttätiges Verhalten der Patienten in den Überprüfungsgutachten Erwähnung fand. Die Vermutung, daß eine aufgetretene gewalttätige Reaktion oder Krise eines Patienten auf jeden Fall Erwähnung im Überprüfungsgutachten findet, muß zwar geäußert werden, - wovon soll sonst zukünftiges Verhalten abgeleitet werden, wenn nicht von vergangenem - kann aber keine Bestätigung finden.

Dennoch erschien es ausgesprochen wichtig, alle beschriebenen "Gewalttaten" von Patienten, die während ihrer Maßregelvollzugsunterbringung aufgetreten waren, aufzulisten. Zu diesem Zweck wurden alle entsprechenden Kriterien mit ihrer negativen Bewertung aus den Überprüfungsgutachten herausgefiltert. Dazu gehörten die Kriterien "Erregungszustände", "Selbstbeschädigung", "suizidal gewesen", "verbal aggressiv", "tätlich aggressiv", "Entweichung und Delikt", "Entweichung und mit der Polizei zurück" sowie "erneutes Delikt".

Auch wenn in dieser Auflistung nicht ohne weiteres wirkliche "Gewalttaten" erkennbar sind, so waren diese Beschreibungen innerhalb der Überprüfungsgutachten diejenigen mit der aggressivsten Potenz. Auch selbstzerstörerische Aspekte wurden mitaufgenommen, da die ärztliche Argumentation, dadurch würde immerhin des Patienten aggressive Potenz erneut sichtbar, eine übliche Begründung von aggressivem Verhalten war.

Die Kriterien wurden wiederum in die drei Überprüfungsgutachten unterteilt, aber auch so, daß ein Vergleich der zu entlassenen Patientengruppe mit jener Patientengruppe, die im Maßregelvollzug verbleiben mußte, möglich wurde. Bezogen auf die ersten Überprüfungsgutachten ergab sich, daß Patienten, die eine positive Prognosebeurteilung erhalten hatten, 0,5 aggressivitätsbeschreibende Kriterien pro Überprüfungsgutachten hatten. Auf die restlichen Patienten, also solche, die eine negative Prognosebeurteilung hatten, entfielen 0,38 aggressionsbeschreibende Kriterien pro Überprüfungsgutachten.

Als Gesamttendenz für beide Gruppen von Patienten ist folgende Schlußfolgerung möglich: die aggressionsbeschreibenden Kriterien nehmen insgesamt mit zunehmender Untersuchungslänge ab. Die durchschnittliche Erwähnung bei positiv bewerteten Patienten beträgt 0,15 Kriterien pro Überprüfungsgutachten und bei den nicht zur Entlassung anstehenden Patienten 0,31 pro Überprüfungsgutachten.

Entscheidender Unterschied beider Entlassungsbewertungsgruppen dürfte jedoch sein, daß die Beschreibung der verbalen Aggressivität hauptsächliches Kriterium bei zu entlassenen Patienten ist. Obwohl auch dieses Kriterium bei im Maßregelvollzug verbleibenden Patienten durchaus am häufigsten vorkommt, so sind bei diesen Patienten jedoch auch tätliche aggressive Verhaltensweisen mit einer gewissen Häufigkeit beschrieben.

Daß insgesamt nur siebenmal in 284 Überprüfungsgutachten erneute Delikte beschrieben wurden, ist bei der relativen Offenheit forensisch-psychiatrischer Abteilungen, verglichen mit den Sicherheitsvorkehrungen von Haftanstalten, doch ein Merkmal, das bei der kritischen Würdigung der Gefährlichkeitsprognosen nicht in Vergessenheit geraten sollte. Weiterhin sollte auch berücksichtigt werden, daß unter den von Patienten, die sich im Maßregelvollzug befinden, begangenen Delikte keine gewalttätigen Delikte waren.

6. BEISPIELE VON PATIENTENKARRIEREN (UNTERBRINGUNGS- VERLÄUFE ANHAND DER ÜBERPRÜFUNGSGUTACHTEN)

Die empirisch erhobenen Daten von Symptombeschreibungen der Überprüfungsgutachten lassen schwer vorstellen, in welchen Rahmen sie eingepaßt werden, wie sie sich zueinander in Beziehung setzen und wie ihre gemeinsame Struktur eine atmosphärische Dimension bekommt, die das ausdrückt, was an Interaktion zwischen Patienten und Psychiater passiert. Schließlich wird allein durch die Institution "Forensische Psychiatrie" Patienten und Psychiater eine interaktionelle Beziehung aufgezwungen, die als lang entwickelte "Beziehungszeichen" auftauchen (Goffmann 1982, S. 255f.).

Mit dem im Anhang auf Seite 156 befindlichen Überprüfungsgutachten ist ein in seiner Argumentation sehr allgemein gehaltenes Überprüfungsgutachten als Beispiel gewählt worden. Es handelt sich um ein Überprüfungsgut-

achten, wie es typischerweise geschrieben wurde. Der Unterbringungsgrund ist nicht angegeben, ebenso fehlt auch der Unterbringungsmodus. Stattdessen wird in der Begründung an erster Stelle auf den "medizinischen Befund" Wert gelegt. Der hat sich nach Meinung der Ärzte nicht geändert. Dann wird im folgenden Absatz auf das Verhalten des Probanden eingegangen und das wird in diesem Fall getadelt. Denn offenbar hat sich der Patient nicht an die Regeln gehalten. Er war zweimal entwichen. Diese Feststellung reicht dem Gutachter aus. Denn damit hat der Proband die Regeln verletzt und die Einhaltung der Regeln ist für den Gutachter anscheinend oberstes Gebot. Zu einer differenzierteren Betrachtung der Entweichung kommt der Gutachter nicht. Da nicht erwähnt wurde, daß der Patient während der Entweichung eine Straftat beging, ist anzunehmen, daß er dies auch nicht tat (aus der Krankengeschichte war zu erfahren, daß der Patient tatsächlich keine Straftat während der Entweichung beging).

Auch dem Nichteinhalten der institutionellen Regel, nicht zu entweichen, wird aber wiederum auf die "Kritiklosigkeit und Urteilsunfähigkeit" geschlossen. Obwohl eher die gegenteilige Argumentation überlegenswert wäre, daß der Proband ohne Aufsicht, eben bei der Entweichung, zeigen konnte, daß er ein verinnerlichtes und rechtsstaatlichen Ansprüchen genügendes Rechtsempfinden hat, wird diese völlig vernachlässigt. Eine ausführliche Diskussion der Unterbringungstat fehlt. Es zählt lediglich ein Wohlverhalten, das allein an der Beurteilung der "Kritik- und Urteilslosigkeit"

des Probanden festgemacht wird. Eine selbstherrliche Begutachtung, die offenbar in aller Kürze entworfen wurde, entscheidet über ein weiteres Jahr im Maßregelvollzug.

Fall Nr. 1.: Schmied, seit dem 49. Lebensjahr gemäß § 63 StGB untergebracht. In einem kleinen Ort in Pommern aufgewachsen, jüngstes von fünf Geschwistern. Vom achten bis 14. Lebensjahr Schule besucht. Schmiedelehre abgeschlossen. Seit 1939 Soldat. Nach Kriegsende in russische Gefangenschaft. 1947 nach Berlin gekommen, hier erstmalig "ganz durcheinander gewesen". Nach zirka einem Jahr erster kurzer nervenklinischer Aufenthalt. Diagnose: "Tobsucht". Wenige Monate darauf erneute psychiatrische Behandlung wegen "paranoider Reaktion", ab 1949 wegen Schizophrenie. Elektroschock-Behandlung wegen imperativer Phoneme und koenästhetischer Halluzinationen. In der Zwischenzeit geheiratet. Seit 1949 fast durchgehend gearbeitet: Baufirma, Kranfabrik, Schiffswerft. Zuletzt im Baugewerbe als Arbeiter angestellt. Nach zehn Ehejahren Scheidung wegen "Untreue der Ehefrau". Seitdem alleine gelebt.

Hatte gegenüber seiner Bank eine Forderung in Höhe von 350.000 DM. Die Bank wies seine Forderung zurück, weil sein Konto diesen Betrag nicht aufwies. Mit einem Beil wollte der Proband das Geld erzwingen. Fügte einer Bankangestellten Kopfplatzwunden zu. Wegen versuchten Totschlags freigesprochen. Akute psychotische Symptomatik zum Tatzeitpunkt im Unterbringungsbeschuß erwiesen. Wegen nur schwer behandelbarer Psychose erhebliche Taten weiterhin befürchtet".

Aufnahmebefund: Akustische und optische Halluzinationen, Unruhe, Angst, "Kritik- und Urteilsfähigkeit aufgehoben".

Im ersten Überprüfungsgutachten: Proband im Stationsleben gut

angepaßt, zurückgezogen, ängstlich, kontaktarm, hört weiter Stimmen, steht der Tat unkritisch gegenüber, weiß nicht, wie er handeln würde, wenn nochmals vor die gleiche Situation gestellt, wie die, die zur Einweisung führte.

Zweites Überprüfungsgutachten: Psychopathologisches Zustandsbild unverändert, im Stationsleben unauffällig, zurückgezogen, sieht "Geister" als Halluzination, völlig kritiklos und realitätsfern.

Drittes Überprüfungsgutachten: Paranoid-halluzinatorische Symptomatik zurückgebildet, im Stationsleben unauffällig, zurückgezogen, in der Arbeitstherapie, hat einen Parkschein, Rehabilitation ist geplant, Verlegung auf eine offene Station ist noch zu früh.

Viertes Überprüfungsgutachten: Wahnsystem, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, total krankheitsuneinsichtig, hat einen Parkschein, arbeitet im Park.

Unterbringung besteht fort.

Die anhand der Überprüfungsgutachten zusammenfassend dargestellten Verläufe sind ganz von der Persönlichkeit und Lebensgeschichte isolierte Darstellungen, die schwer einen Zusammenhang herstellen lassen. Auf Motive oder charakteristische Krisensituationen in Hinblick auf die Tat und deren Dynamik wird nicht eingegangen. Entscheidend ist die Aneinanderreihung von psychopathologischen Symptomen und alles, was zusätzlich als "nicht normal" anzusehen ist. Im ersten Gutachten wurde oberflächlich ein Zusammenhang mit der Tat erwähnt. Im zweiten Gutachten wird seine Anpassung zwar lobend erwähnt, doch sonst sei er weiterhin "kritiklos und realitätsfern" und damit ist offenbar das entscheidende Beurteilungskriterium gefallen.

Auch in den beiden folgenden Gutachten wird primär die psychosecharakteristische Psychopathologie beschrieben. Inwieweit sie und die erfolgten Lockerungen (Arbeit im Park, Parkschein) für die prognostische Beurteilung wichtig sein könnten, wird nicht diskutiert. Psychopathologische Beschreibungen und therapeutische Lockerungen sind in diesen Gutachten festgefügte Bestandteile. Sie widerspiegeln zwar eher den generellen Anspruch der Psychiatrie, einer kritischen Begutachtung werden sie aber nicht gerecht.

Fall Nr. 2: Kunstmaler, im 40. Lebensjahr in Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Als ältestes von fünf Kindern in Kleinstadt in Pommern geboren. Vater war Schmied, Mutter Schneiderin. Neun Schuljahre, einmal sitzengeblieben.

Lehre als Steuerberater abgebrochen. 1944 zur Flack eingezogen. Wegen Lungenentzündung im Lazarett. Drei Jahre als Landarbeiter in Meckenburg. An der Hochschule für Bildende Künste studiert. 1950 nach West-Berlin gekommen, als Hilfsarbeiter, später als Dekorationsmaler, dann als Bühnenmaler gearbeitet. Erste Ehe wegen Reibereien und Mißtrauen nach zwei Jahre geschieden. Zweite Ehe ebenfalls nach kurzer Zeit geschieden. Drei uneheliche Kinder. Seit 1958 zunehmend Alkohomißbrauch. Drei Entziehungskuren.

Vorstrafen: Achtmal Zechbetrug, zweimal Verkehrsdelikte, siebenmal Volltrunkenheit. Einweisung wegen Zechbetruges, Schadenssumme: 130 DM.

Aufnahmebefunde: Keine psychotischen Symptome. Diagnose: Alkoholismus und Psychopathie.

Erstes Gutachten: Unruhig, unkonzentriert, wahnhaft anmutende Beziehungsideen, Verdacht auf schleichend verlaufende Psychose,

kann in Freiheit kein geordnetes Leben führen.

Zweites Gutachten: Paranoid-halluzinatorische Psychose, Psychopathologie unverändert.

Drittes Gutachten: Lockerungen kommen nicht in Frage, beschafft sich Alkohol, kann kein geordnetes Leben führen.

Viertes Gutachten: Hat Alkohol getrunken, als hilflose Person aufgegriffen, kann kein geordnetes und gesetzmäßiges Leben führen, in letzter Zeit angepaßter, doch psychische Veränderungen bestehen fort.

Fünftes Gutachten: Schizophrenie, Körperhalluzinationen, Beeinflussungswahn, akustische Halluzinationen, durch Psychopharmaka zwar gebessert, aber außerhalb der Klinik existenzunfähig.

Sechstes Gutachten: Psychose, Beziehungs-, Bedeutungs-, Beobachtungs-, und Beeinträchtigungswahn, akustische und optische Halluzinationen, durchgreifender Erfolg trotz Intensivierung der Therapie ausgeblieben. Psychopathologische Voraussetzungen der Unterbringung bestehen unverändert fort, kann kein geordnetes und gesetzmäßiges Leben führen.

Siebentes Gutachten: Als Beispiel im Anhang auf Seite 158 beigelegt.

Anfrage der Staatsanwaltschaft, ob ärztliche Bedenken bestehen, den Probanden nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch unterzubringen.

Achtes Gutachten: Krankheitsbild unverändert, antriebsgestört, eingeschränkte Kritik- und Urteilsfähigkeit wird deutlich, wenn er über seine Zukunftspläne spricht. Er gerät dann in Hilfs- und Ratlosigkeit. Zunehmende Belastungsproben sind notwendig. Entlassung nicht von Ärzten befürwortet.

Auf Antrag der Staatsanwaltschaft wird die Unterbringung nach zehn Jahren Unterbringungszeit zur Bewährung ausgesetzt. Proband bleibt nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch untergebracht.

In der zweiten Fallgeschichte wird die Begutachtungsproblematik noch deutlicher. Bei der Aufnahme ist die Psychopathologie als völlig normal in der Krankengeschichte fixiert. In den Überprüfungsgutachten hat die Beschreibung der Psychopathologie auch allgemeinen Vorrang, denn die Psychiater sind einer Verschlechterung der Psychopathologie auf der Spur. Und offenbar wird die schlechter werdende Krankheitsprognose, mit dem dritten Überprüfungsgutachten hat der Proband eine diagnostizierte Schizophrenie, Gradmesser der Kriminalprognose. Die Psychiater unterliegen hier einem erheblichen Irrtum, wenn sie meinen, daß beides miteinander gleichzusetzen sei. Daneben wird die Unfähigkeit des Probanden, ein geordnetes und "gesetzmäßiges Leben zu führen, angezweifelt. Selbst die Beurteilung seiner Existenzfähigkeit wird mit herangezogen. Es entsteht eine Argumentation, die eine ausschließliche Begründung der Therapienotwendigkeit darstellt, jedoch keine Sicherungsmaßnahme rechtfertigt. Im sechsten Überprüfungsgutachten wird dann ganz offen von "psychopathologischen Voraussetzungen" gesprochen, die noch nicht erfüllt sind. Hier hat der Gutachter sich selbst übertroffen, denn solche Voraussetzungen sind nicht bekannt, sind aber auch nicht gefragt.

Im siebenten Gutachten, das dem Anhang, Seite 158, zu entnehmen ist, wird im Schlußsatz ausdrücklich betont, daß "aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes die weitere Unterbringung" andauern müsse. Die ärztliche Unkenntnis darüber, was sie zu begutachten haben, trifft hier am deutlichsten zutage. Die prompte Anfrage

der Staatsanwaltschaft, die eindeutig geklärt haben möchte, ob Behandlungsbedürftigkeit mit Sicherungsnotwendigkeit in diesem Fall verwechselt wurde, stößt bei den Ärzten auf Unverständnis. Im darauffolgenden Gutachten gehen sie unverändert auf die Behandlungsbedürftigkeit ein und meinen damit den Sicherheitsaspekt eindeutig begründet zu haben.

Die Entlassung erfolgte eindeutig auf Antrag der Staatsanwaltschaft, die auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz aufmerksam wurde.

Fall Nr. 3: Heizer, mit 24 Jahren gemäß §§ 63, 67d StGB (Widerauf der Aussetzung des § 63 StGB) eingewiesen. Vater erlitt im Krieg Hirnverletzung, seitdem epileptische Anfälle, drei ältere Geschwister, gesund. In der Schule zweimal sitzengeblieben, Hauptschulabschluß. Kellnerlehre kurz vor Abschluß abgebrochen. Dann Discjockey, danach drei Jahre als Heizer gearbeitet. Mit 23 Jahren erstmals depressive Angsterlebnisse. Phasenweise stärkerer Alkoholmißbrauch.

Mit 24 Jahren durch Drohung mit einer Spielzeugmaschinenpistole einem PKW-Fahrer den PKW abgenommen. Hat den PKW dann abgestellt und sich selbst angezeigt.

Wegen tiefgreifender Bewußtseinsstörung (Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse) von der Strafkammer als eine "aufgehobene Schuldfähigkeit nicht auszuschließen" beurteilt. Beachtliches Interesse an Heilung und Bereitschaft zur Therapie veranlaßten Strafkammer zur Aussetzung des § 63 StGB zur Bewährung. Acht Monate darauf erneuter Raub. Proband forderte mit einem Messer die Herausgabe eines Taxis. Wollte sich mit dem Taxi totfahren. Während der Inhaftierung erstmalig Stimmen

gehört. Suizidversuch mit Tabletten. Nun Einweisung gemäß § 63 StGB.

Aufnahmebefund: Keine Störungen im Sinne einer Psychose, Kritik- und Urteilsfähigkeit gut erhalten, leichte depressive Angst. Während der ersten drei Monate aus der Klinik entwichen. Durch Bedrohung einer Frau mit einem Messer Herausgabe eines PKW erzwungen. Wollte sich durch Verkehrsunfall suizidieren. Verursachte Blechschaden am gestohlenen PKW und ließ diesen dann stehen.

Erstes Überprüfungsgutachten sechs Monate nach der letzten Tat: Verwirrtheit, Angstanfälle und Unruhe werden beschrieben. Proband wolle Schuld sühnen. Er sei unfähig zum zielstrebigem Handeln. Daraus resultierten seine Fehlhandlungen.

Die beiden folgenden Überprüfungsgutachten sind in der Anhangsammlung (s. S. 159 und 160) enthalten.

Im darauffolgenden Überprüfungsgutachten: Schizophrenie besteht fort. Psychosomatische Anfälle weiterhin, Anfallsfrequenz hat zugenommen. Unterbringung besteht fort.

Das letzte Beispiel zeigt die Unfähigkeit psychiatrischer Prognosestellung. Obwohl der Proband dreimal ein ähnliches Delikt (Raub eines PKW) beging, ist nie ein motivationaler Zugang zu den Taten diskutiert worden. Eine solche Diskussion scheint hinter den psychopathologischen Phänomenen zu verschwinden. Noch dazu ähneln sich die Gutachten, die im Anhang enthalten sind, die beiden aufeinanderfolgenden Gutachten des Probanden sind sich fast im Wortlaut gleich. Auch wenn die Symptom- und Verhaltensbeschreibungen notwendig sind, so ist doch die lebensgeschichtliche und charakterologische Beschreibung und die Diskussion auch

dieser Daten von entscheidender Bedeutung. Zwar entsteht der Eindruck, daß die für den Patienten typische Angst und Depression eine Aufklärung über seine Taten bieten könnte. Eine tiefgreifende Diskussion dieser psychopathologischen Phänomene durch Längsschnitt- und Querschnittsanalyse der Biographie wurde nicht geführt. Die Begutachtung verbleibt damit auf einer phänomenologischen Ebene, die zu Deliktdynamik und Prognose keine Aussage machen kann. Selbst bei doppelter Wiederholung des Deliktes (wie in diesem Fall) wurde nicht einmal versucht, Gemeinsamkeiten der Situationen herauszustellen und zu vergleichen, der einfachsten Form von Prognosestellung gerecht zu werden. Ein vorurteilsfreies Überdenken der juristischen Fragestellung ist damit verhindert.

7. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND ABSCHLUSSDISKUSSION

Die breitgefächerte Anzahl von Kriterien, die mosaikartig, in unterschiedlicher Beziehung zueinander, das Bild der Überprüfungsgutachten prägen, läßt schwer erkennen, daß damit die Grundlage für eine Gefährlichkeitsprognose geschaffen wurde. Anhand der unterschiedlichen Beschreibungen, die aus der psychopathologischen, behavioristischen oder alltagsorientierten Menschenkenntnis stammen, wird zunächst kaum ein Zusammenhang mit gefährlichem Verhalten erkenntlich. Es fehlt offenbar an einem durchgehenden Konzept, überhaupt an einer gemeinsamen Definition "Gefährlichkeit",

die Orientierungshilfe anbieten könnte. Doch keine Definition, die Gewalttätigkeit faßbar machen wollte "erwies sich als uneingeschränkt anwendbar, obwohl jeder 'weiß, was Gewalt ist', so ist doch bisher niemand in der Lage gewesen, adäquat Gewalt so zu definieren, daß jedes nichtgewalttätige Verhalten davon ausgeschlossen ist" (Megargee 1969).

Obwohl andere, nichtmedizinische wissenschaftliche Disziplinen "Gefährlichkeit" nicht definieren können (Megargee a.a.O.), vollzieht der forensische Psychiater, ohne sich des ersten Schrittes bewußt zu sein, den zweiten: er beurteilt sogar die zukünftige Gefährlichkeit.

Inwieweit der psychiatrische Gutachter dieses Problem zu lösen vermag, wurde anhand einer Kriterienanalyse von 284 Überprüfungsgutachten untersucht.

Mit Hilfe von 60 Kriterien wurden in der forensischen Abteilung der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Gefährlichkeitsprognosen ausgedrückt. Die durchschnittliche Kriterienzahl belief sich aber nur auf 2,66 pro Überprüfungsgutachten. In einer Häufigkeitsrangfolge konnten elf Kriterien benannt werden, die zwischen 73 und 28 Nennungen sammelten und somit den stärksten Einfluß auf die inhaltliche Gestaltung der Überprüfungsgutachten nahmen. Dies waren die Kriterien: "Keine Änderung der Grundkrankheit", "Patient ist kritiklos und urteilsunfähig", "Patient war entwichen", "Siehe voriges Überprüfungsgutachten", "Patient hat ein Wahn-

system", "Patient hat Alkohol getrunken", "Patient hat eine abnorme Stimmungslage", "Patient ist krankheitsuneinsichtig", "Patient ist zu wenig stabil", "Patient ist verbal aggressiv" und "Patient hat Affektstörungen".

Anhand dieser Kriterien läßt sich das Dilemma der Gutachten erkennen, in welches sie sich mit der Begutachtung der Gefährlichkeitsprognose begeben. Denn die der Psychiatrie, die Bestandteil der medizinischen Profession ist, immanente Beschreibung und Aufdeckung von Diagnosen, ist dem Psychiater bei der Erstellung einer Gefährlichkeitsprognose nicht behilflich. Die Diagnose kann schließlich nur individuell Anwendung finden und keine Anwendung auf soziale Systeme, in die kriminelles Verhalten eingebettet ist (Christie 1983).

Die Hilflosigkeit der Psychiater läßt sie dennoch auf Bewertungen zurückgreifen, die aus dem krankheitsorientierten Diagnostizierungsprozeß stammen. Vordergründig gesehen ist diese Verschiebung nicht zu kritisieren, denn sie geht von der Vorstellung aus, ein Patient ist wegen seiner psychiatrischen Erkrankung straffällig geworden, die "Grundkrankheit besteht fort" und damit auch die von ihm ausgehende Gefahr.

Hier ist der juristische Gedanke aufgenommen, daß eine Entwicklung einer Persönlichkeitsstruktur, einer Erkrankung oder eines diagnostizierten Merkmals vom Psychiater zu beurteilen ist, was wiederum die Bewertung zuläßt, "ob verantwortet werden kann zu erproben,

daß der Untergebrachte keine strafbaren Handlungen mehr begehen wird"; § 67 Abs. 1 StGB. Mit dieser psychiatrischen Argumentation wird Krankheit mit Gefährlichkeit gleichgesetzt. Auch wenn diese Verknüpfung ohne weitere differenzierte Diskussion nicht als Prognosekriterium akzeptiert werden kann (Marquardt 1972), so ist sie von vornherein nicht als vordergründige Schlußfolgerung zu verwerfen.

Eine kontroverse Diskussion lösen dagegen die folgenden häufig gebrauchten Kriterien aus. So ist anhand der Beschreibung von "Patient ist kritiklos und urteilsunfähig", "Patient hat ein Wahnsystem", "Patient hat eine abnorme Stimmungslage" oder "Patient ist krankheitsuneinsichtig" nicht mehr erkenntlich, ob hier die juristische Fragestellung überhaupt diskutiert wurde.

Die Verstrickung psychiatrischer Argumente wird aber erst sichtbar, wenn die Kriterien diskutiert werden, die signifikant mit einer Unterbringungsargumentation und damit einer gewissen Gefährlichkeit verknüpft wurden. Die "Kritik- und Urteilsunfähigkeit" ist neben der "Verschlechterung" oder der "nicht geänderten Grundkrankheit" sowie der "durch Medikamente nicht zu therapierenden" Krankheit aus psychiatrischer Sicht von erheblicher Bedeutung.

An diesem Punkt tut sich der essentielle Unterschied zwischen juristischer und therapeutischer Institution besonders deutlich auf. Die juristische Fragestellung zum Überprüfungsgutachten ist eine problemorientierte.

Die Antwort der Psychiater ist eine, die vor allem zu "therapeutischen" Fragen Stellung bezieht. Die ärztliche Profession, die Diagnose- und Therapiekonzept nicht voneinander trennen kann, geht hier eindeutig von ihrem Auftrag weg. Solange Diagnosekriterien zur Gefährlichkeitsbeurteilung herangezogen werden, erfüllt die forensische Psychiatrie ihren juristischen Auftrag noch, sobald aber therapeutische Überlegungen mit herangezogen werden, verfehlt sie ihre begutachtende Aufgabe (vgl. Christie 1983).

Diese Tendenz ist noch anhand weiterer Ergebnisse nachweisbar. So gibt es eine hohe Korrelation zwischen "Wahnsystem" und begangenen Tötungsdelikten, aber auch "Existenzunfähigkeit" und Gewaltdelikten, sowie "mangelhafte Stabilisierung" und Sexualdelinquenz.

Das Fehlen von gewaltbeschreibenden Kriterien ist hier in starkem Maße bedeutsam. Die psychiatrische Verweigerung einer Antwort auf die Prognosefrage mit dem Hinweis, daß "eine Prognose nicht erstellt werden könne", der gerade Probanden mit begangenen Tötungsdelikt betrifft, ist mit einer Bankrotterklärung vergleichbar.

Die im § 67d StGB geforderte Beurteilung wird damit sträflich ignoriert. Es entsteht der Eindruck, daß der forensische Psychiater in seiner Hilflosigkeit bei der Prognoseerstellung so stark verunsichert ist, daß er jedes nur erdenkliche Kriterium zur Gefährlichkeitsbeurteilung heranzieht, in der Hoffnung mit dieser Samm-

lung auch das Kriterium erfaßt zu haben, das dafür von Bedeutung sein könnte. Damit wird alles zur Prognose herangezogen, was psychiatrische Beschreibung zu bieten hat. Dieser Generalisierungsprozeß erwächst aus einer Verunsicherung in der Beurteilung, aus der der Psychiater sich nicht zu lösen vermag. Eine "Fetischisierung" psychiatrischer Technik, sich ausdrückend im nicht endenden Diagnostizierungsprozeß setzt sich durch.

So wird aber letztendlich nicht ein gefährlichkeitsbeurteilender, sondern ein diagnosebeurteilender Vorgang beschrieben. Zusätzlich scheint ein Fixierungsprozeß einzusetzen. Denn mit dem ständigen Wiederholen der Kriterienbeschreibung "Krankheit besteht fort", "keine Änderung" oder "siehe voriges Überprüfungsgutachten", verschwindet die dem Probanden eigene und ihn prägende Persönlichkeitsstruktur ganz und wird durch solche allgemeinen Begriffe verschleiert. Die Persönlichkeitsbeschreibung versinkt in Vergessenheit und wird damit fixiert. Die kriminelle Tat, die aus der konkreten Transaktion in der Vergangenheit entstand, stand aber in einem ganz anderen Verhältnis zur Persönlichkeit, als die danach aufgedrückte Rolle, ein krimineller Patient zu sein (Christie 1983). Damit wäre der Persönlichkeitsbeschreibung doch eher eine größere Bedeutung beizumessen, "weil Persönlichkeit zwar ein Produkt der vergangenen sozialen Umgebung ist, es sich aber nicht so verhält, daß wenn sie sich einmal entwickelt hat, sie bloßes Objekt einer aktuellen Umgebung ist" (Adorno, 9, 1).

Die Häufigkeit mit der auf frühere Beurteilungen oder auf die zur Unterbringung geführte Gefährlichkeitsprognose abgehoben wird, verdeckt oft, daß psychiatrische Prognoseaussagen nur für einen kurzen Zeitraum aufrechterhalten werden können. Ein immer wieder Anknüpfen an Jahre alte Gefährlichkeitsprognosen ohne ausführliche Würdigung der aktuellen Persönlichkeitsverfassung des Probanden läßt eine völlig reflektionslose und unzulässige Verlängerung der Gültigkeitsdauer von Prognoseaussagen vermuten. Die Tendenz, eine vorher bestandene Prognose nicht mehr anzuzweifeln, könnte als ein Nichtlösenkönnen aus einer Autoritätsgebundenheit interpretiert werden.

Bei länger untergebrachten Patienten tauchten in den Überprüfungsgutachten die Kriterien "Patient ist durch Medikamente nicht therapierbar", "Rehabilitationsplanungen sind fehlgeschlagen", sogenannte "Triebstörungen" und die Anmerkung "siehe voriges Überprüfungsgutachten" auf. Damit sind eindeutig erneut therapeutische Überlegungen in den Vordergrund der Beurteilung gerückt, so daß offenbar die Beurteilung der Therapie aus psychiatrischer Sicht die Hürde ist, die ein Patient zu nehmen hat, will er in die Gruppe der zu entlassenen Patienten aufgenommen werden. So ist die gesetzlich verankerte und vorauszusetzende Gefährlichkeit des Probanden für die Allgemeinheit offenbar nicht mehr gegeben, sondern nur seine Therapiebedürftigkeit. Die Beurteilung der Therapiebedürftigkeit wird damit zum Entlassungskriterium. Ein derartiges Entlassungskriterium steht aber im Widerspruch zum Gesetzestext

(§ 67d Abs. 2 StGB). Diese Kriterienverschiebung mag erklären, warum Steadman und Cocozza eine signifikante Korrelation zwischen Länge der Unterbringung und Abnahme der Entlassungschance entdeckten. "Für jede zehn Jahre Unterbringung werden die Chancen einer Besserung und damit verbundenen Entlassung halbiert" (Steadman/Cocozza, 1974, S. 120f.).

Die Verschiebung von Prognosebeurteilung zu Therapiebeurteilung verlagert die Anforderung an den entlassungsfähigen Patienten in Richtung erwartetes "gefahrloses Verhalten". Solche strengen Maßstäbe sind aus juristischer Sicht nicht gefordert, sie überdehnen lediglich den juristisch geforderten Wandlungsprozeß des Patienten und sind praktisch auch nicht erreichbar (Thornberry 1979).

Die Erstellung von Kriteriengruppen ließ erkennen, daß mit zunehmender Unterbringungslänge eine Abnahme diagnosebezogener Kriterien verbunden war. Es fand eine Verschiebung, in der formalistische Kriterien an Bedeutung gewannen, statt. Darunter fallen auch die institutionellen Faktoren, die sich auf Lockerung beziehen. Steadman/Cocozza (1974) fanden bei den entlassenen forensischen Patienten 75% mit einer "honor card"* und bei den Nichtentlassenen 44% mit einem Parkschein. Diese Ergebnisse zeigen, daß dort ähnliche Kriterien zur Entlassungsprognose herangezogen wurden.

* entspricht einem sogenannten Parkschein der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, der den Patienten erlaubt, sich ohne Aufsicht im Klinikpark aufzuhalten.

Der Anteil von verhaltensbeschreibenden Kriterien, der mit ca. 40% die anderen Kriterien ohnehin überstieg, bleibt mit der Zunahme der Unterbringungsdauer konstant. Dahinter verstecken sich vor allem Anforderungen der Institution, die "ein glattes Funktionieren des Patienten im Maßregelvollzug" verlangen. Sie charakterisieren "eine Unterbringung zum Selbstzweck" (Rasch 1984).

Eine Überdehnung der Unterbringungslänge wäre Resultat einer verfehlten Prognosebeurteilung und ließe zwangsläufig in diesem Zusammenhang einen kritischen Hinweis auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (§ 62 StGB) zu.

Dies hätten jedoch vor allem die Strafvollstreckungskammern zu würdigen, die die Überprüfungsgutachten zu ihrer Entscheidung über eine weitere Maßregelvollzugsunterbringung mit heranziehen. "Doch die Gerichte scheuen im Zweifel jedes Risiko und ziehen sich auf die reine Sicherungsfunktion zurück (Hohlfeld 1982). Würden sie dieses tun, und nur den Sicherheitsaspekt beurteilen, dann würden sie allerdings mit den Überprüfungsgutachten nicht zurechtkommen, denn die beleuchten diesen Aspekt ja kaum (siehe aggressionsbeschreibende Kriterien).

Ein Umschwung in der Forensischen Psychiatrie scheint demnach in Sicht. Die Arbeiten von Bischof (1985) und Athen (1985) zeigen auf, daß sich die Unterbringungslängen im Maßregelvollzug neuerdings reduzieren. Athen sieht diese Veränderung in der Unterbringungspraxis im

Zusammenhang mit verbesserten therapeutischen Möglichkeiten sowie einer Liberalisierung der Rechtsprechung. Gemeint ist damit wohl, daß dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auch bei der Frage der Entlassung stärkere Berücksichtigung eingeräumt wird (Gretenkord/Lietz, 1984). Aber auch die psychiatrischen Begutachtungen sollten einem Wandlungsprozeß unterliegen. "Die Schwierigkeiten, eine verlässliche Kriminalprognose zu stellen, dürfen weder als Generalabsolution des Gutachters noch als eine Anweisung zur unbefristeten Internierung des Untergebrachten mißverstanden werden" (Rasch 1985). Rasch führt daher den Begriff des "kalkulierten Risikos" ein, dem ein Untersuchungsaufwand zugrundeliegt, der dem der klinischen Psychiatrie und klinischen Psychologie entspricht. Eine Würdigung und inhaltliche Diskussion zwischen Auslösetat, Persönlichkeit/Krankheit, Verhalten während der Unterbringung und dem Gebrauch der Freiheit schlägt Rasch für die Überprüfungsbegutachtung vor.

Da dennoch immer wieder Fehlerquellen in den Begutachtungsprozeß einfließen, ist ihr Aufspüren immer wieder notwendig, um eine Institutionalisierung von Fehlern zu verhindern (Hippel 1974).

Der Vorschlag, externe Gutachter mit Überprüfungsgutachten spätestens nach Ablauf von drei Jahren zu beauftragen, könnte solche Fehlerquellen verringern (Volckart, 1984, S. 86).

LITERATUR

- Adorno, Th. W.: Studies in the authoritarian personality. In: Gesammelte Schriften 9.1. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1975, S. 156.
- Athen, D.: Zur gegenwärtigen Situation der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher. Mschr. Krim. 68 (1985), 34-42.
- Beigler, J. S.: Privacy and confidentiality. In: Hofling, Ch. E. (Hrsg.): Law and ethics in the practice of psychiatry. Brunner & Mazel, New York (1981), S. 69-90.
- Bischof, H. L.: Behandlungsdauer strafrechtlich Untergebrachter im psychiatrischen Krankenhaus. Mschr. Krim. 68 (1985), 29-34.
- Blackburn, R.: Psychometrics and personality: Theory in relation to dangerousness. In: Hinton, J. W. (Hrsg.): Dangerousness: Problems of assessment and prediction. George Allen & Unwin, London 1983, S. 57-70.
- Chodorkoff, B. und S. Baxter: Psychiatric and psychoanalytic theories of violence. In: Mulvihill, D. J. und M. M. Tumin (Hrsg.): Crimes of violence. A staff report submitted to the national commission on the causes and prevention of violence. U.S. Government Printing Office, Washington 1969, S. 118-1162.
- Christie, N.: Criminological diagnosis: Forensic psychiatry. In: Ferracuti, F. und M. E. Wolfgang (Hrsg.): Criminological diagnosis: An international perspective I, Lexington Books, Lexington, Mass., Toronto 1983, S. 179-186.

- Conrad, P.-C.: Das Verhalten von 100 Insassen der Verwahranstalt Thorberg nach ihrer Entlassung. Eine kriminologische Untersuchung von 100 nach Art. 42 StGB Eingewiesenen. Diss. Bern 1973.
- Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4200, S. 281-285.
- Dix, G. E.: Tarasoff and the duty to warn potential victims. In: Hofling, Ch. E. (Hrsg.): Law and ethics in the practice of psychiatry. Brunner & Mazel, New York 1981, S. 118-148.
- Ervin, F. R. und J. R. Lion: Clinical evaluation of the violent patient. In: Mulvihill, D. J. und M. M. Tumin (Hrsg.): Crimes of violence. A staff report submitted to the national commission on the causes and prevention of violence. U.S. Government Printing Office, Washington 1969, S. 1161-1181.
- Exner, F.: Kriminalbiologie in ihren Grundzügen. Hanseatische Verlagsanstalt, Hamburg 1939.
- Glueck, S. und E. Glueck: Unraveling juvenile delinquency. Harvard Univ. Press, Cambridge 1950.
- Glueck, S. und E. Glueck: Predicting delinquency and crime. Harvard Univ. Press, Cambridge 1967.
- Goffmann, E.: Das Individuum im öffentlichen Austausch. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1974.
- Green, M. R.: The violent patient in the community. In: Wright, F.: Forensic psychology and psychiatry. Annals of the New York Academy of Sciences 347 (1980), 176-184.
- Gretenkord, L. und J. Lietz: Zur Entwicklung des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB) in Hessen. Mschr. Krim. 6 (1984), 376-388.
- Häfner, H. und W. Böker: Geistesgestörte Gewalttäter - Eine epidemiologische Studie auf Bundesebene. Dtsch. Med. Wschr. 98 (1973), 2005-2011.

- Harding, T. W. und H. Adserballe: Assessment of dangerousness: Observation in six countries. A summary of results from a WHO coordinated study. Int. J. Law Psychiat. 6 (1983), 391-398.
- Hartmann, K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Springer, Berlin, New York 1970.
- Hippel, R. v.: Pragmatische Aspekte zum Problem der Rollenverkehrung beim Sachverständigenbeweis: In: Baumann, J., K. Tiedemann (Hrsg.): Einheit und Vielfalt des Strafrechts. Festschrift für Karl Peters. J. C. B. Mohr, Tübingen (1974), S. 285-293.
- Hohlfeld, W.: Die Rechtsschutzsituation der in einem psychiatrischen Krankenhaus strafrechtlich Unterbrachten (§ 63 Abs. 1 StGB). Einige juristische und empirische Überlegungen, vornehmlich am Beispiel des § 67d Abs. 2 StGB. Mschr. Krim. 65 (1982), 33-34.
- Horn, E.: Maßregeln der Besserung und Sicherung. In: Rudolphi, H.-J., E. Horn und E. Samson (Hrsg.): Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch. Bd. I. Metzner, Frankfurt/M. 1984, S. 1-58.
- Horstkotte, H.: §§ 67a-67g StGB. In: Jescheck, H.-H., Ruß, W. und Willms, G. (Hrsg.): Strafgesetzbuch, Leipziger Kommentar. De Gruyter, Berlin, New York 1985, S. 1-306.
- Jagemann, E.: Krankheiten, Straftaten und soziologische Merkmale der in den niedersächsischen Anstalten Göttingen, Moringen und Osnabrück nach § 42b StGB untergebrachten Patienten. Diss. Göttingen 1967.
- Kaufmann, A.: Das Schuldprinzip. Eine strafrechtlich-philosophische Untersuchung. Carl-Winter-Universitätsverlag, Heidelberg 1976.
- Keller, U.: Praxis und Erfolg der Unterbringung seelisch gestörter Delinquenten nach § 24b und 42c StGB. Diss. Freiburg 1969.

- Koerin, B.: Violent crime: Prediction and control. Crime and Delinq. 24 (1978), 49-58.
- Kozol, H. L., R. J. Boucher und R. F. Garofalo: The diagnosis and treatment of dangerousness. Crime and Delinq. 18 (1972), 371-392.
- Leferenz, H.: Die Kriminalprognose. In: Göppinger, H. und H. Witter (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie II. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972, S. 1347-1384.
- Lenckner, Th.: Zurechnungsfähigkeit und verminderte Zurechnungsfähigkeit. In: Göppinger, H. und H. Witter (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie I. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972, S. 78-157.
- Macdonald, J. M.: Rape, offenders and their victims. Charles C. Thomas Publisher, Springfield 1971.
- Macdonald, J. M.: Homicidal threats. Charles C. Thomas Publisher, Springfield 1967.
- Macdonald, J. M.: Armed robbery, offenders and their victims. Charles C. Thomas Publisher 1975.
- Macdonald, J. M.: Psychiatry and the criminal. Charles C. Thomas Publisher, Springfield 1976.
- Macdonald, J. M.: Bombers and firesetters. Charles C. Thomas Publishers, Springfield 1977.
- Marquardt, H.: Dogmatische und kriminologische Aspekte des Vikariierens von Strafe und Maßregel. Duncker und Humblot, Berlin 1972.
- Megargee, E. I.: A critical review of theories of violence. In: Mulvihill, D. J. und M. M. Tumin (Hrsg.): Crimes of violence. A stuff report submitted to the national commission on the causes and prevention of violence. U.S. Government Printing Office, Washington 1969, S. 1037-1115.
- Megargee, E. I.: The prediction of violence with psychological test. In: Spielberger, C. D. (Hrsg.):

- Current topics in clinical and community psychology. Academic Press, New York (1970), 97-156.
- Menzies, R. J., C. D. Webster und B. T. Butler: Perceptions of dangerousness among forensic psychiatrists. *Comprehensive Psychiat.* 22 (1981), 387-395.
- Menzies, R. J., M. A. Jackson und R. E. Glasberg: The nature and consequences of forensic psychiatric decision-making. *Can J. Psychiat.* 27 (1982), 463-470.
- Mitscherlich, A.: Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. In: *Gesammelte Schriften III*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1983, S. 60f.
- Mitscherlich, A.: Neuerliches Nachdenken über Aufklärung. In: *Gesammelte Schriften VI*. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1983, S. 581-595.
- Monahan, J.: Prediction research and the emergency commitment of dangerous mentally ill persons: A reconsideration. *Am. J. Psychiat.* 135 (1978), 198-201.
- Monahan, J.: The clinical prediction of violent behavior. U.S. Department of Health and Human Service, Rockville, Maryland 1981.
- Monahan, J.: The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *Am. J. Psychiat.* 141 (1984), 10-15.
- Montandon, C. und T. Harding: The reliability of dangerousness assessments. A decision making exercise. *Brit. J. Psychiat.* 144 (1984), 149-155.
- Popper, K. R.: Die beiden Grundprobleme der Erkenntnistheorie. Mohr, Tübingen 1979.
- Quinsey, V. L.: Assessments in the dangerousness of mental patients held in maximum security. *Int. J. Law Psychiat.* 2 (1979), 389-406.
- Rada, R. T.: The psychiatrist as expert witness. In: Hofling, Ch. E. (Hrsg.): *Law and ethics in the*

- practice of psychiatry. Brunner & Mazel, New York 1981, S. 151-166.
- Rasch, W.: Tötungsmotive psychotischer Täter. In: Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. H. Bürger-Prinz, Enke, Stuttgart 1968.
- Rasch, W.: Die Zuordnung der psychiatrisch-psychologischen Diagnosen zu den vier psychischen Merkmalen der §§ 20, 21 StGB. Psychiat. Praxis 10 (1983), 170-176.
- Rasch, W.: Zur Praxis des Maßregelvollzugs. Verhalten in der Institution als Basis der Prognosebehandlung. In: Eisenbach-Stangl, I. (Hrsg.): Grenzen der Behandlung. Westdeutscher Verlag, Opladen 1984.
- Rasch, W.: Die Prognose im Maßregelvollzug als kalkuliertes Risiko. In: Schwind, H.-D. (Hrsg.): Festschrift für Günter Blau zum 70. Geburtstag am 18.12.1985. De Gruyter, Berlin, New York (1985).
- Ritzel, G.: Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher. Habilitationsschrift, Göttingen 1978.
- Sadoff, R. L.: Forensic psychiatry: A practical guide for lawyers and psychiatrists. Charles Thomas Publisher, Springfield, Ill. 1975.
- Sloterdijk, P.: Kritik der zynischen Vernunft. Edition Suhrkamp, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M. 1983.
- Sluga, W.: Geisteskranke Rechtsbrecher. Manz und Beck, Wien, München 1977.
- Schmidt, W.: Die Beurlaubung von Personen, die gemäß § 42b StGB in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht sind. Diss. Mainz 1957.
- Schneider, K.: Zur Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. Thieme-Verlag, Stuttgart 1961.
- Schumann, V.: Psychisch kranke Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. Eine Querschnittsuntersuchung im WLK

- Eickelborn. Diss. Münster 1983.
- Steadman, H. J. und G. Keveles: The community adjustment and criminal activity of the Baxstrom patients: 1966-1970. *Am. J. Psychiat.* 129 (1972), 304-310.
- Steadman, H. J. und J. J. Cocozza: Careers of the criminally insane. Lexington Books, Lexington, Toronto, London 1974.
- Steadman, H. J.: The right not to be a false positive: Problems in the application of the dangerousness standard. *Psychiatric Quarterly* 52 (1980), 48-99.
- Steadman, H. J.: A situational approach to violence. In: *J. Law Psychiat.* 5 (1982), 171-186.
- Steadman, H. J.: Predicting dangerousness among the mentally ill: Art, magic and science. *Int. J. Law Psychiat.* 6 (1983), 381-391.
- Stierling, H.: Der gewalttätige Patient. *Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica*, Heft 97, Karger, Basel 1956.
- Stree, W.: Dritter Abschnitt. Rechtsfolgen der Tat. In: Schönke, A. und H. Schröder (Hrsg.): *Strafgesetzbuch. Kommentar. Beck'sche Verlagsbuchhandlung*, München 1982, S. 476-859.
- Thornberry, T. P. und J. E. Jacoby: The criminally insane. University of Chicago Press, Chicago, London 1979.
- Volckart, B.: Maßregelvollzug, das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach § 3 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. Luchterhand, Neuwied, Darmstadt 1984.
- Walker, N. D.: Protecting people. In: Hinton, J. W. (Hrsg.): *Dangerousness: Problems of assessment and prediction*. George Allen & Unwin, London 1983, S. 23-38.

Erhebungsbogen

Bezeichnung	Codes	Anzahl
Geburtsjahr		
Geburtsmonat		
Geburtsort	keine Angaben	1
	Berlin	54
	DDR	16
	Bundesrepublik Deutschland	15
	ehemalige deutsche Ostgebiete	11
	EG-Ausland	1
	anderes europäisches Ausland	1
	außereuropäisches Ausland	1
Wohnsitz	keine Angaben	1
	ohne festen Wohnsitz	18
	Berlin (West)	75
	Nervenklinik	4
	BRD	1
	Ausland	0
Geschlecht	männlich	99
	weiblich	1
Familienstand	keine Angaben	1
	ledig	66
	verheiratet	11
	verwitwet	1
	geschieden	21
Staatsangehörigkeit	keine Angaben	0
	deutsch	98
	europäisches Ausland	1
	nichteuropäisches Ausland	1
Beruf	nicht zutreffend	3
	keine Angaben	1
	ohne Arbeit	20
	Arbeiter	36
	Handwerker	19
	selbständig	3
	Angestellter	7
	Akademiker	3
	Rentner	8
Unterbringungsbeginn	Jahr	1950-1981
	Monat	
Dauer der Unterbringung	in Monaten	6-278
Unterbringungsende	Unterbringung dauert an	53
	Unterbringung beendet	41

Bezeichnung	Codes	Anzahl
Unterbringungsende	zwischenzeitlich ausgesetzt	1
	Patient verlegt	3
	Patient verstorben	2
Primäre Diagnose	Schizophrenie	40
	andere endogene Psychose	5
	hirnorganische Störung	22
	Sucht	13
	Psychopathie	13
	Intelligenzstörung	7
Sekundäre Diagnose	keine Angaben	48
	Schizophrenie	0
	andere endogene Psychose	0
	hirnorganische Störung	3
	Sucht	26
	Psychopathie	13
	Intelligenzstörung	10
Anzahl der Überprüfungsgutachten insgesamt		2-30
Schuldfähigkeitsbeurteilung im Urteil	keine Angaben	1
	schuldfähig	3
	§ 20 StGB	60
	§ 21 StGB	28
	§ 21 StGB sicher, § 20 StGB nicht auszuschließen	8
Warum Schuldinderung?	keine Angaben	11
	nicht zutreffend	1
	krankhafte seelische Störung	63
	tiefgreifende Bewußtseins- störung	10
	Schwachsinn	3
	schwere andere seelische Abartigkeit	7
	tiefgreifende Bewußtseins- störung und Schwachsinn	1
	Schwachsinn und schwere andere seelische Abartigkeit	4
Unterbringungsmodus	§ 63 StGB	30
	§ 64 StGB	16
	§ 67 b/g StGB	9
	§ 42 b StGB	40
	§ 42 c StGB	1
	§ 42 f StGB	4

Womit wird Gefährlichkeit vom Gericht begründet?	Erster Grund	Zweiter Grund	Dritter Grund
Keine Angaben	2	6	10
Nicht zutreffend	0	0	0
Erhebliche Straftat	8	3	0
Wiederholung erheblicher Straftaten	13	5	2
Der zur Zeit der Verurteilung geistige und körperliche Zustand	4	0	1
Kriminelle Karriere liegt vor	4	4	2
Bei krimineller Handlung betrunken gewesen	14	8	3
Verwahrlosungstendenz	1	1	0
Kommt ohne fremde Hilfe nicht zurecht	0	0	1
Tiefgreifende Geistesstörung besteht seit vielen Jahren	1	2	0
Geisteskrankheit hat höhere Intensität erreicht	5	1	1
Unberechenbar	2	2	1
Medikamentöse Heilung bisher nicht möglich gewesen	1	3	2
Bei Tat erheblich alkoholisiert gewesen	9	3	0
Kann durch Freiheitsstrafe nicht gebessert werden	1	0	0
Stärkere Intensität der Erkrankung durch Älterwerden	0	1	2
Schlechte Prognose	1	0	0
Beachtliches Interesse an Heilung	1	0	0
Triebhaft	7	7	1
Zeigt starke Aggressivität	3	4	2
Imperative Phoneme	0	1	2
Unkontrollierte Impulshandlungen (aggressive Durchbrüche)	4	2	4
Wahnsystem	2	4	2
Noch nicht ausreichend medikamentös behandelt	0	0	1
Gefahr für die Öffentlichkeit	5	3	5
Anpassungsschwierigkeiten	0	1	1
Krankheit ist noch nicht abgeklungen	2	2	0
Nicht ausreichend stabilisiert	0	1	1
Wegen Sucht weitere Delikte zu erwarten	5	14	4
Tötungsgefahr geht von Patienten aus	0	1	2
Könnte in Zukunft Aggressionsdelikte begehen	1	1	0
Sobald als möglich ist Pflegschaftseinrichtung oder Aussetzung von der Klinik zu beantragen wegen Rezidivgefahr der Psychose	2	3	0
Bei Tat drogenintoxikiert gewesen	0	1	0

Bezeichnung	Codes	1.ÜGA	2.ÜGA	3.ÜGA
ÜGA Nr.		1-22	2-23	3-24
MR-Beginn bis ÜGA (in Monaten)		1-241	5-253	11-266
Ärztliche Bescheinigung	Aussetzung, Entlassung nicht befürwortet	84	72	47
	Wegen Besserung Ent- lassung befürwortet	4	5	3
	Wegen Aussichtslosigkeit Entlassung nicht befür- wortet	1	4	6
	Trotz Besserung Entlassung nicht befürwortet	1	2	0
	Wegen Nichtbestätigung der ursprünglichen Annahme Aussetzung befürwortet	0	1	2
	Wegen Aussichtslosigkeit Strafvollzug	4	3	1
	Aussetzung mit Auflagen vorgeschlagen	1	7	22
Gerichtliche Reaktion	Gericht folgt ÜGA in allen Punkten	49	50	52
	Gericht geht auf ÜGA ein, entscheidet kontra- ärztlich	3	3	4
	Gericht geht nur in wenigen Punkten auf ÜGA ein, entscheidet trotzdem kontraärztlich	4	5	5
	Ärztliche Entlassung empfohlen, Gericht geht nicht darauf ein	0	1	0
	Gericht entscheidet ent- sprechend dem ärztlichen Vorschlag auf weitere Unterbringung, benutzt wenige Argumente aus dem ÜGA im Beschluß	25	19	11
	Gericht erwähnt ÜGA in keinem Punkt	5	5	2
	Gericht übernimmt nur negative Beurteilungen	0	2	0
	Erneuter Strafvollzug	1	0	1
MRV-Ende	MRV besteht fort	99	96	51
	MRV aufgehoben	0	0	4
	MRV zur Bewährung ausgesetzt	0	4	26
	Zeitspanne des MRV abge- laufen	0	0	2

Bezeichnung	Codes	1. ÜGA	2. ÜGA	3. ÜGA
	MRV unterbrochen	0	0	1
	Pat. verlegt in andere Klinik oder Pat. ver- storben			
Stellungnahme zur Prognose	Kein Prognoseurteil mög- lich/trifft nicht zu	2	3	1
	Prognose infaust	5	3	2
	Positives Prognoseurteil	4	7	3
	Maßregel sinnlos	1	4	3
Wird auf ursprüng- liches Delikt einge- gangen	Trifft nicht zu	0	0	1
	Wird eingegangen	8	9	5
	Ursprüngliches Delikt ausführlich diskutiert	0	0	1
Siehe voriges Überprüfungs- gutachten	Trifft nicht zu	4	5	13
	Im Gegensatz zum vorigen ÜGA	0	3	4
	Insgesamt keine Änderung	19	17	13
	Insgesamt (geringe) Besserung	2	4	5
Wahnsystem	Trifft nicht zu	0	1	1
	Trifft zu	19	17	9
	Gebessert	2	0	1
Phoneme	Trifft nicht zu	0	1	0
	Trifft zu	6	3	5
	Gebessert	0	0	0
Abnorme Stim- mungslage; depressiv/eupho- risch	Trifft nicht zu	0	1	1
	Trifft zu	19	11	11
	Gebessert/ausgeglichen	1	3	1
Gespanntheit Affektstörung	Trifft nicht zu	0	0	1
	Trifft zu	11	9	8
	Gebessert	0	0	1
Inhaltliche Denkstörung	Trifft nicht zu	0	0	1
	Trifft zu	4	3	3
	Gebessert	0	0	0

Bezeichnung	Codes	1.ÜGA	2.ÜGA	3.ÜGA
Zerfahrener Gedanken- gang	Trifft zu	5	4	0
Erregungszustände	Trifft zu	8	6	2
	Gebessert	0	1	0
Umtriebig	Trifft zu	5	2	1
Unruhig	Trifft nicht zu	2	2	3
	Trifft zu	8	5	3
	Gebessert	0	2	0
Antriebsarmut	Trifft zu	6	6	6
	Gebessert	0	0	2
Weiter schwach- sinnig	Trifft nicht zu	1	0	0
	Trifft zu	8	6	8
Kritiklos/urteils- unfähig	Trifft nicht zu	1	0	1
	Trifft zu	20	19	11
	Verbessert	1	0	1
	Verschlechtert	0	1	0
	Geheilt	0	0	0
	Geringfügig geändert	0	0	0
Keine Änderung der Grundkrankheit	Trifft nicht zu	0	1	0
	Trifft zu	28	25	20
	Verbessert	3	6	2
	Verschlechtert	1	2	2
	Geheilt	0	0	2
	Geringfügig geändert	0	0	3
Persönlichkeitsdefekt	Trifft zu	8	10	8
Gemütsverödung Wesensveränderung	Trifft nicht zu	0	0	0
	Trifft zu	5	1	2
	Gebessert	0	0	0
Durch Medikamente nicht therapierbar/ nicht zu bessern	Trifft nicht zu	12	4	9
	Trifft zu	2	3	8
	Trotz Behandlung keine Besserung	7	5	1
	Trotz Behandlung Ver- schlechterung	0	1	0

Bezeichnung	Codes	1.ÜGA	2.ÜGA	3.ÜGA
Zeitraum der Behandlung/Beobachtung zu kurz	Trifft zu	8	3	1
Rezidiv der Psychose	Trifft nicht zu	4	6	3
	Trifft zu	15	6	4
Chronische Krankheit	Trifft zu	2	2	4
Suizidal gewesen	Trifft zu	3	2	0
Verhaltensstörung	Trifft nicht zu	0	0	2
	Trifft zu	11	8	9
	Abgeklungen, gebessert	1	3	5
	Verstärkt	1	0	0
Existenzunfähig	Trifft nicht zu	0	1	0
	Trifft zu	5	8	9
Selbstbeschädigung	Trifft zu	1	3	1
Triebstörung	Nicht zutreffend/trieblos	1	2	2
	Zutreffend	6	5	4
	Gebessert, nimmt ab	0	3	3
	Verstärkt	2	0	0
Unkooperativ	Nicht zutreffend	0	3	3
	Zutreffend	6	3	1
	Gebessert	1	0	0
Sieht Unrecht der Tat nicht ein/setzt sich mit der Tat nicht ausreichend auseinander	Nicht zutreffend	0	0	1
	Zutreffend	6	6	6
Spricht nicht über Delikt	Zutreffend	3	1	1
Zieht sich zurück/kontaktlos	Nicht zutreffend	0	1	2
	Zutreffend	11	8	2
	Gebessert	0	1	0
Verweigert Gespräche	Nicht zutreffend	0	0	1
	Zutreffend	4	0	2
Verweigert Arbeitstherapie	Trifft nicht zu	3	1	2
	Trifft zu	4	1	0

Bezeichnung	Codes	1.ÜGA	2.ÜGA	3.ÜGA
Verweigert Arbeitstherapie	In Arbeits- und Beschäftigungstherapie vorbildlich	5	9	9
	Regelmäßig in Arbeits- und Beschäftigungstherapie	6	6	6
Getrunken (auf Station/im Park)	Trifft nicht zu	3	5	3
	Zutreffend	14	15	15
Auf Station Geschäfte gemacht	Zutreffend	1	0	1
Noch keinen Parkschein	Trifft nicht zu	4	8	5
	Zutreffend	2	1	2
Noch keine Belastung	Trifft nicht zu	1	0	0
	Zutreffend	3	6	3
	Belastungsfähigkeit erhöht	1	0	2
	Verschlechtert	4	1	0
Zu wenig stabilisiert	Trifft nicht zu	1	1	2
	Zutreffend	11	10	7
	Gebessert	4	3	11
Zu kooperativ	Trifft zu	3	0	0
	Gut kooperativ	1	6	6
Überangepaßt	Nicht zutreffend	1	0	1
	Zutreffend	3	0	2
	Integriert	3	3	7
Verbal aggressiv	Trifft nicht zu	1	3	2
	Trifft zu	15	10	3
	Abgeklungen	1	1	2
	Besondere Stärke, Morddrohungen	0	0	3
Tätlich gegen Personal/Patienten	Trifft nicht zu	1	3	3
	Trifft zu	7	5	2
	Gebessert	2	0	1
	Erheblich gewalttätig	2	1	2
Verweigert Medikamente	Trifft nicht zu	0	3	5
	Zutreffend	3	6	1

Bezeichnung	Codes	1.ÜGA	2.ÜGA	3.ÜGA
Krankheitsuneinsichtig	Trifft nicht zu	0	5	1
	Zutreffend	17	11	13
Therapieunwillig	Trifft nicht zu	1	2	2
	Trifft zu	5	2	3
	Nicht therapierbar	1	4	3
Bagatellisiert Alkoholmißbrauch	Trifft nicht zu	1	0	1
	Zutreffend	1	3	0
Irreale Zukunfts- perspektive	Trifft nicht zu	0	2	2
	Zutreffend	5	5	2
Wegen Alkoholmiß- brauch AT/BT-Ver- lust	Zutreffend	0	4	0
AT/BT abgebrochen/ unfähig dazu	Trifft nicht zu	1	5	1
	Zutreffend	4	5	2
	AT/BT wieder aufge- nommen	6	11	5
Medikamenten- oder Halluzinogenmißbrauch	Trifft nicht zu	0	2	0
	Zutreffend	2	2	2
Mißbrauch der Freizügigkeiten	Nicht zutreffend	0	1	3
	Zutreffend	4	4	2
	Gebessert	0	2	2
	Verstärkt	3	3	0
Ausgangssperre	Nicht zutreffend	0	1	0
	Zutreffend	1	0	0
	Ausgangssperre aufge- hoben	2	2	3
	Erneut Ausgangssperre	0	2	0
Entweichungen	Trifft nicht zu	0	1	0
	Einmal entwichen	6	10	5
	Mehrmals entwichen	2	1	2
	Entwichen und Delikt	1	2	0
	Entwichen und getrunken	5	5	4
	Entwichen und hilflos	1	1	0
	Einmal entwichen, mit Polizei zurück	1		
	Mehrmals entwichen, mit Polizei zurück			2

Bezeichnung	Codes	1.ÜCA	2.ÜGA	3.ÜGA
Entweichungen	Entwichen und Presse- meldung			
	Mehrere Entweichungs- versuche	2		
	Entweichung, Alkohol- rückfall, mit Polizei zurück	2	2	
	Entweichungsgedanken geäußert		1	1
Rehabilitationsunfähig	Trifft nicht zu	0	2	0
	Ausdrücklich geplant	7	7	2
	Versuch fehlgeschlagen	5	4	1
	Entlassung von Ärzten angestrebt	0	1	0
	Trifft zu	2	1	0
	Reha-Maßnahmen noch nötig	0	3	1
	Pat. ist im Reha- Programm	1	2	5
Außenarbeitsunfähig	Trifft nicht zu	2	1	2
	Zutreffend	1	1	1
	Hat Außenarbeit	2	4	8
Realitätsfremd/ schätzt Umgebung falsch ein	Nicht zutreffend	0	1	2
	Zutreffend	5	6	6
Behandlungsbe- dürftig	Zutreffend	0	3	5
Erneutes Delikt	Zutreffend	2	2	2
Erste Überprüfung nach Widerruf	§ 67 d StGB; § 63 StGB	1	0	1
	§ 67 d StGB; § 64 StGB	0	0	0
Pflegschaftsunter- bringung geplant	Trifft nicht zu	0	0	0
	Zutreffend	1	5	1
	Pflegschaftsunter- bringung kann bei Ent- lassung sofort erfolgen (Gewähr dafür übernommen)	1	0	9

Durch P a c h l

Betr.: Unterbringungssache

Seit seiner Wiedereinlieferung in unsere Klinik ist eine Änderung im medizinischen Befund nicht eingetreten nicht eingetreten.

Im laufenden Jahr ist er zweimal aus der Klinik entwichen, wie Sie Ihren Akten entnehmen können. Bereits aus diesem Verhalten ist, wie auch aus all seinen Äußerungen hier auf der Station zu entnehmen, daß Herr grundsätzlich kritiklos und uneinsichtig ist.

Nach ärztlicher Auffassung kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht verantwortet werden zu erproben, ob Herr außerhalb des Maßes vollzuges keine mit Strafe bedrohten Handlungen mehr begehen wird.

Durch Fach

An die
Staatsanwaltschaft
bei dem Landgericht Berlin

As. I

Mitgl.

Befug:

Hierdurch teilen wir Ihnen mit, daß gegenüber unserer letzten
Stellungnahme vom . im Krankheitsbild des Patienten
keine prinzipielle Veränderung eingetreten ist. Nach wie vor
ist der Patient völlig krankheitsuninsichtig und wird von
einem unkorrigierbaren und festgefügten Wahnsystem beherrscht.
Mehrere Rehabilitationsversuche scheiterten völlig.

Es kann daher nicht verantwortet werden zu erproben, ob der Un-
tergebrachte, in Freiheit gelassen, keine mit Strafe bedrohte
Handlungen begehen wird.

Das Ziel der Behandlung ist als nicht erreicht anzusehen.

An die
Staatsanwaltschaft bei dem
Landgericht Berlin
Gesch.-Nr.

Station

1000 Berlin 21
Turnstr. 91

Betr.: Aufnahme-Nr.

Geb.

Die Anfrage in der Strafakte Band , Bl. wird wie folgt
beantwortet:

Das Ziel der Unterbringung kann als noch nicht erreicht angesehen
werden.

Bei dem Krankheitsbild einer Psychose aus dem schizophrenen
Formenkreis haben sich keine neuen Aspekte seit unserer letzten
Stellungnahme vom ergeben. Die zur Einweisung führende
Geistesstörung besteht unvermindert fort.

Auf Grund der Schwere des Krankheitsbildes ist der Pat. nicht in
der Lage außerhalb des Maßregelvollzuges ein geordnetes Leben
zu führen.

Ärztlicherseits empfehlen wir die weitere Unterbringung.

41

- 159 -

Durch Fach

Stat.

An die
Staatsanwaltschaft bei
dem Landgericht Berlin
Gesch.

Betr. 91

1000 Berlin 21

Betr.: , geb.

Vorg.: Ihr Schreiben vom 15.4.1980

Stellungnahme zur Fortdauer der Unterbringung

Zu Ihrer Anfrage vom nehmen wir wie folgt Stellung:
Herr befindet sich seit dem in der KBoN im Maßregelvollzug
gemäß § 63 StGB. Es handelt sich weiterhin um das Krankheitsbild ein
Schizophrenie mit rezidivierender produktiv psychotischer Symptomatik.
Seit unserer letzten Stellungnahme am kam es noch zu kei-
ner eindeutigen Besserung des Krankheitsbildes. Weiterhin traten wie-
derholt erhebliche Schwankungen in der Stimmung mit Angstzuständen
und Depressionen schubweise auf. Nach einer gewissen Stabilisierung
Anfang und der regelmäßigen Teilnahme an der Arbeitstherapie ka-
es Mitte April erneut zu einem paranoid-agitierten Zustandsbild
mit Depersonalisationserlebnissen und ausgeprägten Angstzuständen.

Eine bedingte Entlassung des Untergebrachten aus dem Maßregelvollzug
kann zur Zeit ärztlicherseits noch nicht befürwortet werden, da auf-
grund des gegenwärtigen Krankheitsbildes noch die Gefahr von erneute
Fehlhandlungen zu befürchten ist.

Station

Staatsanwaltschaft
bei dem Landgericht Berlin
Gesch.Nr.
Turmstr. 91
1000 Berlin 21

Betr.: Herrn , geb. in
z.Z. Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik.

Vorg.: Ihr Schreiben v. / eingeg.

Ärztliche Stellungnahme zur Fortdauer der Unterbringung

Zu Ihrer Anfrage vom nehmen wir wie folgt Stellung:
Herr befindet sich seit dem in der KBoN im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. Nach wie vor besteht das Krankheitsbild einer Schizophrenie mit mehr oder minder gesteigerter produktiver psychotischer Symptomatik. In seinem Krankheitsbild hat sich die Situation für Herrn dahingehend verschlechtert, daß zu ausgeprägten Stimmungsschwankungen sich noch starke psychomotorische Angstanfälle gesellten, die eine intensive ärztliche und pflegerische Beobachtung notwendig machen.

Einer Entlassung des Untergebrachten aus dem Maßregelvollzug kann zur Zeit ärztlicherseits nicht zugestimmt werden, obwohl die Anfallsfrequenz in letzter Zeit abgenommen hat, jedoch auch weiterhin beim jetzigen Krankheitszustand des Patienten Fehlhandlungen zu befürchten sind.

Durch Fach

Staatsanwaltschaft bei
dem Landgericht Berlin

Betr.: I

Stellungnahme zur Frage der Fortdauer der Unterbringung.

Marr . befindet sich seit dem 19 in der hiesigen Klinik. Zunächst befand er sich in der Station der Klinik, hier verhielt er sich zunächst recht verschlossen, wirkte mißgelaunt, mißtrauisch und war kaum auskunftsbereit. Im Laufe eines Monats änderte sich diese Haltung jedoch, er berichtete in Gesprächen ausführlich über seine Alkoholproblematik. Dabei laporierte jedoch, daß er in bezug auf seine Suchtproblematik in seiner Kritik- und Urteilsfähigkeit erheblich eingeschränkt erscheine. Am 19 wurde er aus Sicherheitsgründen nach der Station verlegt. In dem doch recht kurzen Beobachtungsverlauf kann von hier aus bei ihm noch keinerlei Prognose gestellt werden. Aufgrund seiner immer noch recht schwachen Kritikfähigkeit konnten bislang auch noch keine Belastungsproben mit ihm riskiert werden.

Daher muß erstlicher-orts zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, daß Marr . bei einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug nach so kurzer Zeit seine Verhaltensweisen, insbesondere sein Trinkverhalten noch nicht verändert hat. Mit neuen Straftaten müßte gerechnet werden.

Lebenslauf

Am 06.03.1953 wurde ich als Sohn des Eisenbahners Heinz Möller und seiner Ehefrau Johanna Möller in Warin (Meckl.) geboren. Im September 1959 erfolgte die Einschulung in der Grundschule Strohkirchen (Meckl.). Von 1963 bis 1967 Schüler an der polytechnischen Oberschule Picher (Meckl.) und von 1967 bis 1971 Schüler an der erweiterten Oberschule Hagenow (Meckl.), dort 1971 das Abitur bestanden. 1972 Übersiedlung in die Bundesrepublik. Im Sommersemester 1973 Medizinstudium an der Freien Universität Berlin begonnen. Im August 1975 die ärztliche Vorprüfung abgelegt und im April 1980 den letzten Abschnitt der ärztlichen Prüfung bestanden. Approbation als Arzt seit Mai 1980. Von Mai 1980 bis Juni 1981 Assistenzarzt in der Pathologie des Krankenhauses Neukölln. Seit Juli 1981 Assistenzarzt in der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik. Von Oktober 1984 bis September 1985 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin.

=====

